

Sterilität und Moral

**Moralische Probleme bei der Bekämpfung
ungewollter ehelicher Unfruchtbarkeit
im Lichte der katholischen Lehre**

Werner Meinersmann

1965

Aus der II. Frauenklinik der Universität München
Direktor: Prof. Dr. R. FIKENTSCHER

STERILITÄT UND MORAL

Moralische Probleme

bei der Bekämpfung ungewollter ehelicher Unfruchtbarkeit
im Lichte der katholischen Lehre

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Werner Meinersmann
Warendorf/Westfalen

München 1965

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. K. SEMM
Mitberichterstatter: Prof. Dr. R. FIKENTSCHER
Dekan: Prof. Dr. O. HUG
Tag der mündlichen Prüfung: 12. Januar 1965

O.ö.Professor für Moralthologie
Dr. Rupert Angermair
an der (staatlichen) Phil. Theol. Hochschule
Freising bei München, Domberg 13.

Herrn
Werner Meinersmann
8 München 19

Hubertusstr. 9.

Bestätigung

Ihre Dissertation über "Sterilität und Moral" stellt die bisherigen Arbeiten und Ansichten der katholischen Moralthologen inhaltlich richtig und der Literatur nach erschöpfend dar.

Da Sie sich jeder abträglichen Stellungnahme enthalten und die Fortentwicklung moralthologischer Anschauungen durchaus den Moralthologen selbst überlassen, ist eine kirchliche Beanstandung in keiner Weise zu befürchten. Ich hoffe sogar, daß Ihre Arbeit uns Theologen als ehrliche Bestandaufnahme zur Grundlage für kommende Diskussionen dienen wird, so daß die Arbeit auch von theologischer Seite begrüßt werden muß.

Sollten Sie zum späteren Druck der Arbeit um das Imprimatur der Kirche eingeben, können Sie sich auf dieses Gutachten berufen.

Freising, Domberg 13, den 25. Nov. 1963

Phil.-Theol. Hochschule Freising
Dr. Rupert Angermair

Prof. Dr. Rupert Angermair,
Prälat.



VORWORT

Die in der vorliegenden Dissertation "Sterilität und Moral" dargelegten allgemeinen und speziellen moraltheologischen Grundsätze entsprechen der gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnis der katholischen Moraltheologie, wie Herr Prälat Dr. R. ANGERMAIR, o.ö. Professor für Moraltheologie an der staatlichen Phil. Theol. Hochschule Freising in beiliegendem Gutachten bestätigt. Für den Katholiken sind diese von den "probati autores" vertretenen Erkenntnisse zunächst verpflichtend.

Dem praktischen, theologisch ungebildeten und unvoreingenommenen Denken erscheinen manche dieser moraltheologischen Grundsätze eng und starr, dem modernen Denken ungemäß und in ihrer einseitig intellektuellen, logischen Beurteilung des menschlichen Handelns zu wenig Raum lassend für die Entscheidung des menschlichen Gewissens in einer konkreten, einmaligen Situation.

Es scheint mir deshalb eine Forderung der Gerechtigkeit zu sein, darauf hinzuweisen, welche Entwicklung die Moraltheologie gegenwärtig nimmt, gerade im Hinblick auf die in der vorliegenden Arbeit angeschnittenen Fragen.

Zunächst sei gesagt, daß die Theologie "semper reformanda" ist, sich also durchaus manche Erkenntnisse der Moraltheologie als "Wissenschaft" im Laufe der Zeit wandeln können. Der objektive Wille Gottes liegt also durchaus nicht zu jeder Zeit unabänderlich fest, sondern wird von der menschlichen und auch wissenschaftlichen moraltheologischen Erkenntnis fortschreitend mehr erkannt. Man lese diesbezügliche katholische Werke, wie z. B. E. HIRSCHBRICH: "Die Entwicklung der Moraltheologie im deutschen Sprachgebiet seit der Jahrhundertwende" (Kloster-Neuburg, Niederösterreich, 1959) oder G. ERMECKE: "Die katholische Moraltheologie im Wandel der Gegenwart. Überlegungen zu ihrer "Erneuerung" im allgemeinen und in methodischer und systematischer Hinsicht im besonderen", in: Theologie und Glaube, Paderborn, 1963, Heft 5, S. 348 - 366. "Es darf", schreibt ERMECKE Seite 353, "nicht vergessen werden, daß alles menschliche Bemühen, und

insofern auch das moraltheologische, immer unvollkommen und irrumsbedroht bleibt und stets beim Einzelnen, in einzelnen Zeitaltern und bei der Kirche selbst eingebettet ist in das Unterwegs zur eigentlichen Fülle der Erkenntnis in der Endvollendung. ... Theologia semper reformanda; d. h. sie bleibt verbesserungsbedürftig und verbesserungsfähig. Darum muß es immer wieder "Erneuerung" geben, weil es auch dieser Wissenschaft nicht gestattet ist, an einem Punkt nur historischer Entwicklung zu verharren, während sie doch "vetera et nova" in einem erst am Ende der Tage ans Ziel gelangenden Prozeß der Wahrheitsfindung stets neu verbinden muß."

So beobachtet man heute, wie ERMECKE beschreibt, eine stärkere Wendung der katholischen Moralwissenschaft zur konkreten personalen existentiellen Begegnung mit Gott wie auch die stärkere Einbeziehung des personalen Bezugs zwischen den Menschen. In dieser Wende zum Positiv-Geschichtlich-Konkreten gewinnen auch Hilfswissenschaften (der Moraltheologie) wie Psychologie, Medizin und Soziologie, auch moderne philosophische Systeme, die früher für die Moraltheologie unbedeutend waren, stärkere Beachtung.

Bei Themen wie denen dieser Arbeit wird begreiflicherweise das sittliche Sollen vielfach vom natürlichen Sein abgeleitet, weil "die Forderung nach Naturtreue - d. h. nach der allen Dingen wesenseigenen Vollkommenheit - unabdingbare Lehre der katholischen Kirche" ist (F. BÖCKLE: "Insemination, Sterilisation und moderne Methoden der Geburtenkontrolle" in: Studien und Berichte der Katholischen Akademie in Bayern, Heft 20, Würzburg 1963, S. 126). Sah man bisher die Naturgesetzlichkeit in ihrem engeren oder engsten Sinn, so kennt die Moraltheologie heute bei der Beurteilung der Naturtreue einer Handlung viele sich ergänzende Ausgangspunkte: Wertethik, Existenzethik, Grenzmoral, Verantwortungsmoral, nicht extreme aber gemäßigte Situationsethik und dgl. Indem die Naturgesetzlichkeit nicht mehr in ihrem engsten Sinn betont wird, wird in den neueren Bestrebungen eine einseitige Gesetzes- und Normenlehre, vor allem eine solche im Sinne einseitiger "Akt-Moral" überwunden. Man sieht allmählich z. B. im Hinblick auf die hier darzustellenden Themen den sexuellen Akt nicht mehr für sich allein, sondern in stärkerem Zusammenhang mit der Ehe als personaler natürlicher und übernatürlicher Lebens- und Liebesgemeinschaft. Dadurch integrieren sich zum mindesten die Motive und es stellen sich mitunter die Schwerpunkte neu dar.

Zum Schluß sei gerechterweise auch darauf hingewiesen, daß sich manches im pastoralen Raum gemilderter ausnimmt als in der Moraltheologie. Mit einer objektiven Lehre der theologischen Wissenschaft oder auch der offiziellen der Kirche wird nicht ohne weiteres die subjektive Haltung jedes einzelnen Menschen beurteilt. So wird der Pastoraltheologe den Gläubigen, der in guter subjektiver Absicht handelt, nicht unnötig beunruhigen. Wenn sich zum Beispiel Spannungen ergeben zwischen der dem konkreten Leben zugeordneten ärztlichen Überzeugung und einer noch diskutierten theologischen Anschauung, so kann der Gläubige wissen, daß Sünde auch nach katholischer Lehre nur der begeht, der bewußt und freiwillig gegen seine klare Erkenntnis bzw. ehrliche Überzeugung handelt. Bezüglich der hier zur Diskussion stehenden sehr spezifischen Moralanschauungen besteht aber sicherlich bei vielen Laien noch keine klare persönliche Überzeugung. Bei welchem Tun oder Unterlassen also tatsächlich subjektiv-persönlich und damit wirklich gesündigt wird, dies zu beurteilen ist wiederum nicht Aufgabe dieser Arbeit sondern Aufgabe der Seelsorge.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555204_0050

GLIEDERUNG

	Seite
EINLEITUNG: Problemstellung und Einteilung	1
HAUPTTEIL: Sterilität und Moral	
Moralische Probleme bei der Bekämpfung ungewollter ehelicher Unfruchtbarkeit im Lichte der katholischen Lehre	3
Erster Abschnitt: STERILITÄT	3
A. Begriffliches	
I. "Sterilität" in der medizinischen Literatur	3
II. "Infertilität"	7
III. "sterilitas" und "impotentia"	8
Vorbemerkung	8
1. "Impotenz" in der medizinischen Literatur	8
2. "impotentia" im moraltheologischen und kanonischen Sinn	9
3. "sterilitas"	12
4. Zusammenfassung	12
IV. "Sterilität" im Sinne der vorliegenden Arbeit	13
B. Sterilitätsursachen	13
Vorbemerkung	13
Einteilung in zwei Hauptgruppen	13
1. rein physische	13
2. psychisch bedingte	14
C. Häufigkeit steriler Ehen	15
D. Besondere Gefährdung kinder- loser Ehen	16
E. Sterilitätsbehandlung entspricht dem Arzttum	18

	Seite
Zweiter Abschnitt: ALLGEMEINE MORALISCHE BEURTEILUNG ÄRZTLICHER EINGRIFFE	20
A. Allgemeine Beurteilung einer Handlung	20
I. Die objektive sittliche Norm	20
II. Bestimmung der Sittlichkeit einer Handlung	21
B. Allgemeine Beurteilung ärztlicher Eingriffe	23
Vorbemerkung	23
I. Einwilligung des Patienten	24
II. Mutilationen	25
Vorbemerkung	25
1. Definition	25
2. Moralthelogische Beurteilung	26
a) Gott als der Herr des Lebens	26
b) Der Mensch als Verwalter seines Lebens	28
c) Das Totalitätsprinzip	29
III. Eingriffe zum Nutzen anderer	30
IV. Eingriffe an den Fortpflanzungsorganen	31
C. Allgemeine Beurteilung von Eingriffen bei Sterilität	32
I. Problemstellung	32
II. Generelle Erlaubtheit	32
Dritter Abschnitt: STERILITÄTS- DIAGNOSTISCHE EINGRIFFE	35
A. Sterilitätsdiagnostik beim Mann	35
I. Prüfung der Zeugungsfähigkeit des Mannes als medizinische Forderung	35

	Seite
II. Prüfung der Zeugungsfähigkeit des Mannes als moralische Forderung	37
III. Erforderliche Untersuchungen	37
1. Anamnese	38
2. Körperliche Untersuchung	38
3. Ejakulatuntersuchung	38
a) morphologische	38
b) biochemische	39
4. Hodenbiopsie	40
5. Röntgenologische Samenwegdarstellung	40
B. Moraltheologische Beurteilung der Untersuchungen	41
I. Untersuchungen ohne besondere moralische Aspekte	41
II. Spezielle Beurteilung der Ejakulatuntersuchungen	41
Vorbemerkungen	41
1. Die verschiedenen Gewinnungsmethoden und ihre diagnostische Aussagekraft	42
a) Methoden ohne Sexualakt	42
b) Methoden mit Sexualakt	43
2. Moralische Beurteilung der genannten Methoden	44
a) moralisch einwandfreie	44
b) unmoralische	45
aa) Begründung der Sittenwidrigkeit	46
bb) Stellungnahmen des kirchlichen Lehramtes	48
C. Sterilitätsdiagnostik bei der Frau	50
I. Erforderliche Untersuchungen	50
1. Anamnese	50
2. Körperliche Untersuchungen	50
3. Eingriffe der "kleinen Gynäkologie"	50
4. Persufflation und Hysterosalpingographie	51
5. Operative Eingriffe	52

	Seite
II. Moralische Beurteilung	52
 Vierter Abschnitt: STERILITÄTS- THERAPEUTISCHE EINGRIFFE	 53
A. Beratung der Ehegatten	53
Vorbemerkung	53
I. Wichtigkeit der Eheberatung	53
II. Moralische Gesichtspunkte	56
B. Therapeutische Eingriffe beim Mann	57
I. Erforderliche Maßnahmen	57
1. Hormonale Behandlung	57
2. Operative Eingriffe	58
3. Psychotherapie	58
II. Moralische Beurteilung	58
C. Therapeutische Maßnahmen bei der Frau	 59
I. Erforderliche Eingriffe	59
1. Konservative Behandlung	59
2. Hormontherapie	59
3. Operative Eingriffe	59
4. Psychotherapie	60
5. Künstliche Besamung	61
II. Moralische Beurteilung solcher Eingriffe ohne spezielle Gesichtspunkte	 61
D. Beurteilung von Eingriffen mit besonderen moralischen Aspekten	 61
I. Bildung einer vagina artificialis	61
1. Medizinische Gesichtspunkte	61
2. Moralische Beurteilung	62

	Seite
II. Inseminatio artificialis	63
Vorbemerkung	63
1. Definition und Geschichtliches	63
2. Die Praxis	64
3. Indikationen	65
a) von Seiten des Mannes	65
b) von Seiten der Frau	65
4. Medizinische Kritik der Indikationen	66
a) Störungen infolge Allgemeinerkrankun- gen	66
b) Pathologische Befunde leichter Art	66
c) Schwere Mißbildungen	66
5. Moralthelogische Beurteilung	67
a) Unsittlichkeit der künstlichen homologen Besamung	67
b) Verurteilung der Donor-Insemination	67
c) Erlaubtheit der artifiziellen Insemina- tion im uneigentlichen Sinne	68
d) Stellungnahmen des kirchlichen Lehramtes	68
 ZUSAMMENFASSUNG	 70
 LITERATURVERZEICHNIS	 73
 NACHWORT	
 LEBENS LAUF	

E I N L E I T U N G

PROBLEMSTELLUNG UND EINTEILUNG

Die moderne medizinische Wissenschaft hat in den letzten Jahrzehnten staunenswerte Fortschritte machen können, nicht zuletzt auch bei der Erforschung der menschlichen Fruchtbarkeit bzw. Unfruchtbarkeit - einem Problem, das in der Gegenwart immer mehr Beachtung findet. Noch sind viele Fragen dieses so vielschichtigen und umfangreichen Gebietes ungeklärt und werden noch lange das Ziel wissenschaftlichen Forschens sein. Zahlreiche Wissenschaftler haben sich in nationalen und internationalen "Gesellschaften zum Studium der Fertilität und Sterilität" zusammengeschlossen, um ihre Fragen, Erfahrungen und Beobachtungen untereinander auszutauschen. Wirft man einen Blick auf die Fülle des Schrifttums, das sich mit dieser Materie beschäftigt, so erfährt man, daß alte, schon lange diskutierte Fragen noch immer offenstehen und daß mit jedem Ergebnis wissenschaftlicher Forschung neue Aspekte und Probleme hinzukommen. Manche Frage ist jedoch gelöst, und solche Lösungen haben dazu geführt, daß in der klinischen Praxis gewisse feststehende diagnostische und therapeutische Eingriffe vorgenommen werden, wenn es um die Behandlung ungewollter ehelicher Unfruchtbarkeit geht. Auf den ersten Blick scheint das Problem der Fertilität bzw. Sterilität viel mehr die Fragen der Überbevölkerung und der unerwünschten Fruchtbarkeit (bzw. der Geburtenbeschränkung und der freiwilligen Sterilisation zum Zwecke der - temporären - Unfruchtbarmachung) zum Gegenstand zu haben. Diese Fragen mögen zwar in der Öffentlichkeit lautstarker diskutiert werden und für die Gesamtheit von größerer Bedeutung sein; doch in der Stille des ärztlichen Sprechzimmers kommt - in immer größer werdender Häufigkeit - die andere Seite des Problems zum Vorschein: die ungewollte Sterilität bzw. die Not und Verzweiflung unfreiwillig unfruchtbarer Ehepaare. Dem Arzt erwachsen hierbei oft äußerst schwierige Aufgaben; für die betroffenen Eheleute aber werden manchmal sehr erhebliche und zum Teil nicht ungefährliche Eingriffe erforderlich. Da diese diagnostischen oder therapeutischen ärztlichen Maßnahmen von Menschen an Menschen vorgenommen werden, da sie Taten freier verantwortlicher Menschen sind, haftet ihnen sittliche Gutheit oder Schlechtheit an. Es ist Sache der Theologen zu entscheiden, ob gewisse medizinische Verfahren übereinstimmen

mit den Gesetzen der Moral, mit den ewigen göttlichen Gesetzen; denn die Ergebnisse der Wissenschaft unterstehen in ihrer Anwendung dem Urteil des sittlichen Gewissens. (Natürlich unterstehen auch Forschung und wissenschaftliches Experimentieren - vor allem am Menschen - dem sittlichen Gewissen, etwa die neuesten Versuche der In-vitro-Befruchtung menschlicher Eier; doch sind sie nicht Gegenstand dieser Arbeit.) So soll es das Ziel dieser Arbeit sein, die Stellungnahmen der katholischen Kirche - namhafter Moraltheologen und des kirchlichen Lehramtes - zu den moralischen Problemen zusammenzustellen, die sich dem Arzt bei der Bekämpfung von ungewollter Kinderlosigkeit stellen. Da gibt es Fragen allgemeiner Art, die bei jedem ärztlichen Eingriff eine Rolle spielen, und da erheben sich ganz spezielle Probleme, die einer gesonderten moraltheologischen Beurteilung bedürfen.

Die Arbeit behandelt im Ersten Abschnitt die Sterilität im allgemeinen: der Begriff der Sterilität und andere im Zusammenhang damit wichtige Begriffe sind zu klären, die Vielzahl der Sterilitätsursachen ist zu beleuchten, und es ist das Verhältnis von Ehe, Ehepaar und Arzt zur Sterilität aufzuzeigen. Der Zweite Abschnitt befaßt sich mit der allgemeinen Beurteilung ärztlicher Eingriffe: die moraltheologischen Prinzipien zur Beurteilung einer Handlung und ärztlicher Eingriffe sind darzulegen; ferner ist deren generelle Erlaubtheit bei Sterilität festzustellen. Die beiden letzten Abschnitte sind der moralischen Beurteilung der einzelnen diagnostischen bzw. therapeutischen Maßnahmen bei Mann und Frau gewidmet: es sind jeweils kurz die wichtigsten der in Betracht kommenden Eingriffe aufzuzeigen; ihre Wichtigkeit und Gefährlichkeit sind zu unterstreichen; besonders ist dann festzustellen, ob bzw. welche ausdrücklichen Stellungnahmen vom Standpunkt der katholischen Lehre dazu vorliegen.

Technische Vorbemerkung: Bei den Anmerkungen bedeuten die Ziffern in () Klammern die laufende Nummer des Literaturverzeichnisses.

H A U P T T E I L

STERILITÄT UND MORAL

Moralische Probleme bei der Bekämpfung ungewollter ehelicher Unfruchtbarkeit im Lichte der katholischen Lehre

E r s t e r A b s c h n i t t

STERILITÄT

A. BEGRIFFLICHES

Für diese Arbeit spielen neben dem zunächst zu klärenden Begriff "Sterilität" selbst einige weitere damit zusammenhängende und immer wiederkehrende Begriffe eine Rolle, die anschließend in ihrer Bedeutung beleuchtet werden sollen.

I. "Sterilität" in der medizinischen Literatur

Der Begriff der "Sterilität" (Adjektiv: "steril") erscheint auf den ersten flüchtigen Blick eindeutig: so übersetzt PSCHYREMBEL "Sterilität" einfach mit "Unfruchtbarkeit"¹⁾. In Wirklichkeit ist dieser Begriff aber problematisch; der Versuch einer exakten Definition stößt auf unüberwindliche Schwierigkeiten; wir finden in der medizinischen Literatur, die sich mit "Sterilität" beschäftigt, keinen einheitlichen Inhalt des Begriffes "Sterilität" bei den verschiedenen Autoren, ja selbst beim gleichen Autor begegnet uns oft Sterilität in verschiedenen Bedeutungen: BERNHARD (er hat vielleicht die klarste Begriffstrennung) nennt "steril" nur die konzeptionsunfähige Frau bzw. den zeugungsunfähigen Mann²⁾; dabei spricht er

1) PSCHYREMBEL (149), S. 837. "Keimfreiheit" als zweite angegebene Bedeutung von "Sterilität" spielt in unserem Zusammenhang natürlich keine Rolle.

2) BERNHARD (53), S. 4

von Zeugungsunfähigkeit = Sterilität des Mannes nur beim "Fehlen der potentia generandi" ³⁾ (= Fähigkeit, im Beischlaf ein Kind zeugen zu können) ⁴⁾; er lehnt die Bezeichnung "sterile Ehe" ab ⁵⁾. In STOECKEL's Lehrbuch der Gynäkologie wird dagegen empfohlen, von "steriler Ehe" ⁶⁾ zu sprechen; wir finden aber auch den Ausdruck "physiologische Sterilität" ⁷⁾, wobei "Sterilität" nur Konzeptionsunfähigkeit bedeuten kann; an einer anderen Stelle werden Frauen "steril" genannt, bei denen als Ursache der "Sterilität" im gleichen Satz Konzeptionsunfähigkeit oder (trotz erfolgter Konzeption) die Unfähigkeit zum Austragen einer Frucht angegeben wird ⁸⁾; wir finden aber auch folgenden Passus: "... die sterile Frau wird sofort gravide, wenn sie einen anderen Mann heiratet" ⁹⁾; in einem solchen Fall würde BERNHARD nicht das Wort "steril" benutzen. MARTIUS bezeichnet eine "Frau, die gegen ihren Willen kinderlos bleibt, als steril" ¹⁰⁾; da er aber auch eine "Sterilität des Mannes" ¹¹⁾ kennt, könnte eine solche also auch Ursache für die "Sterilität" der Frau sein; im strengen Sinne (von BERNHARD) kann man dann freilich nicht von einer "sterilen" Frau sprechen; an einer anderen Stelle gebraucht auch er den Ausdruck "sterile Frau" im gleichen Sinne wie BERNHARD ¹²⁾; wir finden bei ihm allerdings auch die Bezeichnung "sterile Ehen" ¹³⁾, wobei "steril" einfach kinderlos bedeutet. Er spricht auch von einer "gewollten Sterilität" ¹⁴⁾. Auch bei BARDENHEUER finden wir den Begriff "Sterilität" in mehreren Bedeutungen: im strengen Sinne von Konzeptionsunfähigkeit bzw. Zeugungsunfähigkeit ¹⁵⁾, als "sterile Ehe" ¹⁶⁾

3) Näheres dazu s. Erster Abschnitt, III

4) BERNHARD (53), S. 25

5) BERNHARD (53), S. 5

6) STOECKEL's Lehrbuch (177), S. 778

7) STOECKEL's Lehrbuch (177), S. 754

8) STOECKEL's Lehrbuch (177), S. 764/5

9) STOECKEL's Lehrbuch (177), S. 761

10) MARTIUS (123), S. 352

11) dto. (123), S. 362

12) dto. (123), S. 364

13) dto. (123), S. 354

14) dto. (123), S. 359

15) BARDENHEUER (49), S. 15, 151, 225

16) dto. (49), S. 103

und im weitesten Sinne wie in dem Satz: "Patientin blieb dann zunächst steril ..., später hörte ich von einer neuen Gravidität"¹⁷⁾. BICKENBACH-DÖRING raten, "Sterilität" (der Frau) nicht einfach mit Unfruchtbarkeit gleichzusetzen, sondern sie als "Konzeptionsschwierigkeiten"¹⁸⁾ zu fassen (wobei sie leicht, schwer und nicht behebbar unterscheiden); sie sprechen auch von "scheinbarer Sterilität" (bei fruchtbaren Ehepartnern!)¹⁹⁾, kennen aber auch eine "nachgewiesene Sterilität des Ehemannes"²⁰⁾. VASTERLING spricht von "ehelicher Sterilität"²¹⁾, kennt aber auch "sterile Männer"²²⁾ in der Bedeutung von Zeugungsunfähigkeit und eine "Sterilität" der Frau²³⁾ im Sinne einer Konzeptionsunfähigkeit. MOENCH hält es für richtiger, von der sterilen Ehe zu sprechen, als von einem "sterilen Mann" oder einer "sterilen Frau"²⁴⁾, spricht aber gleichwohl in derselben Abhandlung von einer "Sterilität des Mannes"²⁵⁾. Nach NIEDERMEYER war es lange Zeit üblich, unter "Sterilität" die "Unfruchtbarkeit der Frau"²⁶⁾ zu verstehen, da man die Ursache der Kinderlosigkeit in der Ehe fast ausschließlich bei der Frau suchte, sofern der Mann nur "potent" erschien; da eben aber auch beim Mann die Ursache der Kinderlosigkeit liegen könne, empfiehlt er, "den Begriff der Sterilität von der Frau auszudehnen auf die beide Teile umfassende eheliche Geschlechtsgemeinschaft und von steriler Ehe zu sprechen"²⁷⁾; er bezeichnet damit also

17) BARDENHEUER (49), S. 133

18) BICKENBACH - DÖRING (55), S. 2

19) dto. (55), S. 60

20) dto. (55), S. 61

21) VASTERLING (185), S. 65, 180, 181

22) dto. (185), S. 125

23) dto. (185), S. 57

24) MOENCH (130), S. 308

25) dto. (130), S. 309

26) Der Ausdruck "Unfruchtbarkeit" wird ebenso ungenau und unterschiedlich gebraucht wie "Sterilität".

27) NIEDERMEYER (33a), S. 99. - Genau genommen gibt es auch Sterilität außerehelicher Verhältnisse; praktisch spielt aber bei solchen die Frage der Sterilität keine Rolle, da hier die Folgelosigkeit des geschlechtlichen Verkehrs meist erwünscht und deshalb nicht als störend bemerkt wird.

eine Ehe, die trotz dringenden Kinderwunsches (also auch trotz regelmäßigen geschlechtlichen Verkehrs) unfruchtbar geblieben ist oder die bei schon vorhandenen Kindern nunmehr unfruchtbar bleibt; in dem Fall spricht er von "sekundärer Sterilität"²⁸⁾; er weist selbst auf die Schwierigkeit der Entscheidung hin, wann eine bisher kinderlos gebliebene Ehe als eine sterile zu bezeichnen ist. Voraussetzung ist jedenfalls, daß die eheliche Unfruchtbarkeit ungewollt und nicht künstlich herbeigeführt ist (andernfalls suchen die Eheleute auch nicht die Sterilitätssprechstunde auf). Für die Frage, ab wann man von einer sterilen Ehe sprechen kann, sind vor allem zwei Tatsachen von Wichtigkeit: der Organbefund und das Alter der Eheleute; ist ein sterilitätsbedingender Organbefund erheblich und leicht feststellbar, so kann die Diagnose "Sterilität" sofort gestellt werden; bei normalem Organbefund und jugendlichem Alter der Eheleute kann man (nach Ansicht der meisten Autoren) nicht vor Ablauf von zwei Jahren²⁹⁾ von "Sterilität" sprechen. Bei einem älteren Ehepaar ist auch nach Ablauf dieser Minimalfrist durchaus noch mit einer spontanen Konzeption zu rechnen. MARTIUS bezeichnet Erstgeburten nach zehn- bis fünfzehnjähriger Ehe als "keineswegs große Seltenheit"³⁰⁾. An sich entsprechen aber lange Wartezeiten wohl nicht der Norm³¹⁾; bei vorhandenem Kinderwillen beträgt die Wahrscheinlichkeit für eine Konzeption im ersten Monat nach NOTTEBOHM 75,5%³²⁾, und "nach amerikanischen Statistiken rechnet man ohne Anwendung empfängnisverhütender Mittel bei einem normalen Geschlechtsverkehr ohne gezielte Einhaltung des Konzeptionsoptimums nach den ersten drei Monaten bei 50 bis 60%, nach den ersten sechs Monaten bei 60 bis 80%, und im ersten Jahr bei 80 bis bis 85% aller fertilen Männer mit einer Konzeption der Partnerin"³³⁾.

28) Andere Autoren fassen diesen Begriff anders, s. dazu STOECKEL's Lehrbuch (177), S. 770. Andere gebrauchen ihn im gleichen Sinn, s. BERNHARD (53), S. 5, NÜRNBERGER (138) und andere.

29) BERNHARD (53), S. 7, BICKENBACH - DÖRING (55), S. 2, SCHULTZE (163), S. 941, MARTIUS (123), S. 362

30) MARTIUS (123), S. 353

31) BICKENBACH-DÖRING (55), S. 5

32) NOTTEBOHM (136)

33) DOEPFMER (70), S. 16

II. "Infertilität"

Die Ausdrücke "Infertilität" (Adjektiv: "infertil") bzw. "Fertilität" (Adjektiv: "fertil") sind ebenso mehrdeutig wie das Wort "Sterilität", und ihr Inhalt wird von verschiedenen Autoren genauso unterschiedlich gefaßt: MARTIUS hält eine Unterscheidung von "Infertilität" und "Sterilität" für sprachlich unberechtigt³⁴⁾, da es identische Begriffe seien; nach BERNHARD kommt der Begriff der "Infertilität" nur der Frau zu, und er nennt eine Frau "infertil", "wenn sie Kinder nicht austragen kann"³⁵⁾; im gleichen Sinne definieren BICKENBACH - DÖRING: "Infertil ist eine Frau, die zwar konzipiert, aber nicht in der Lage ist, eine Schwangerschaft auszutragen und ein lebendes oder lebensfähiges Kind zu gebären"³⁶⁾ - kennen jedoch auch eine "männliche Fertilität"³⁷⁾; VASTERLING spricht von "Infertilität" des Mannes, "wenn bei wiederholten Untersuchungen keine Spermien im Ejakulat nachweisbar sind"³⁸⁾ - bei ihm hat "männliche Fertilität" oder einfach "Fertilität" etwas mit der Zeugungsfähigkeit des Mannes zu tun, womit er die "generative Potenz" des Mannes (im Gegensatz zur "kopulativen Potenz") meint³⁹⁾; SCHIRREN spricht ebenfalls von "Infertilität des Mannes"⁴⁰⁾ im Sinne von Befruchtungsunfähigkeit (trotz erhaltener potentia coeundi, meint also auch die impotentia generandi⁴¹⁾; er gebraucht aber sonst mehr den Ausdruck "Fertilitätsstörung"⁴²⁾ des Mannes. SCHIRREN vermeidet fast ganz das Wort "Sterilität", bis auf die nur einmal vorkommende Bezeichnung "sterile Ehe"⁴³⁾.

34) MARTIUS (123), S. 352

35) BERNHARD (53), S. 4/5

36) BICKENBACH - DÖRING (55), S. 2

37) dto. (55), S. 5

38) VASTERLING (185), S. 88

39) dto. (185), S. 42, 46, 58, 61, 74, 87

40) SCHIRREN (162), S. 7, 30

41) Näheres zu diesem Begriff s. Erster Abschnitt III

42) SCHIRREN (162), S. 3, 22, 82, 94

43) dto. (162), S. 10

III. "Sterilitas" und "impotentia"

Vorbemerkung:

"Sterilitas" und "impotentia" als termini technici des kanonischen Rechts und der Motaltheologie bilden ein Begriffspaar; sie schließen sich gegenseitig aus und sind am besten durch gegenseitige Gegenüberstellung zu verstehen; in jedem Fall von ungewollter ehelicher Unfruchtbarkeit ist es von entscheidender Bedeutung, ob sie durch "sterilitas" oder "impotentia" verursacht ist: denn nach den Bestimmungen des can 1068 CIC ist impotentia - im Gegensatz zur sterilitas! - ein unbedingtes Ehehindernis (impedimentum dirimens) und damit auch Nullitätsgrund für eine Nichtigkeitserklärung der Ehe⁴⁴). - Wir hatten oben gesehen, daß der Begriff der "Sterilität" schon in der medizinischen Literatur nicht eindeutig ist; er hat als "sterilitas" wiederum eine andere, bestimmte Bedeutung; ebenso ist in diesem Zusammenhang aufzuzeigen, daß auch der Begriff der "Impotenz" (im medizinischen und juristischen Sinn) sehr problematisch ist und sich nicht mit dem Begriffsinhalt von "impotentia" deckt.

1. "Impotenz" in der medizinischen Literatur

Der Begriff der Impotenz in der medizinischen Literatur ist nicht eindeutig; manchmal wird streng unterschieden zwischen "impotentia coeundi" und "impotentia generandi" beim Mann⁴⁵) sowie zwischen "impotentia concipiendi" und "impotentia gestandi" bei der Frau⁴⁶); dabei meint "impotentia coeundi": Mannesschwäche, Unfähigkeit zur Ausführung des Beischlafes in Folge der Unmöglichkeit genügender Erektion oder (rechtzeitiger) Ejakulation; "impotentia generandi" bedeutet: Zeugungsschwäche (bei vorhandener "Potenz", also vorhandener Fähigkeit zur normalen Erektion, Immission und Ejakulation) infolge Fehlens genügend reifer Spermien oder wegen sonstiger pathologischer Befunde im Ejakulat; "impotentia concipiendi" wird verstanden als Konzeptionsunfähigkeit infolge mechanischer oder chemischer Hindernisse innerhalb des weiblichen Genitale oder infolge Fehlens befruchtungsfähiger Eier; "impotentia gestandi" meint Unfähigkeit zum Austragen der Frucht (bei vorhandener Konzeptions-

44) Auch im zivilen Recht ist Impotenz Ehehindernis.

45) PSCHYREMBEL (149), S. 393, MARTIUS (123), S. 352, BERNHARD (53), S. 5

46) MARTIUS (123), S. 352, BERNHARD (53), S. 4

möglichkeit bzw. trotz erfolgter Konzeption). Alle vier Formen können für sich Ursache ungewollter ehelicher Unfruchtbarkeit sein; in diesem Sinn werden diese einzelnen Formen der "Impotenz" oft als Ursache von "Sterilität" bezeichnet! Doch herrscht in der medizinischen Literatur keine Einheitlichkeit im Gebrauch dieser Begriffe: manche Autoren verwenden (wie wir das oben schon gesehen haben) für "impotentia gestandi" den Begriff "Infertilität"; manche setzen "impotentia concipiendi" mit "Sterilität" gleich; oft wird von "Impotenz" schlechthin gesprochen: man meint damit lediglich die Unfähigkeit zum geschlechtlichen Verkehr, meistens sogar nur die "impotentia coeundi" (des Mannes).

2. "Impotentia" im moraltheologischen und kanonischen Sinn

In der Sprache der Moraltheologie bzw. des kanonischen Rechts gibt es ebenfalls eine "impotentia coeundi" und "impotentia generandi"; sie werden aber beide auf Mann und Frau bezogen; dabei wird die "impotentia coeundi" (also von Mann oder Frau) einfach "impotentia" genannt; diese ist Gegenstand unserer Begriffsbestimmung, und von ihr hängt die Möglichkeit ab, eine Ehe einzugehen ("Ex impotentia coeundi - impotentia quoque simpliciter dicta - possibilitas ineundi matrimonium pendet"⁴⁷⁾). - Die "impotentia generandi" bedingt "sterilitas" (Näheres siehe unten). - Der hier zu erörternde Begriff der impotentia kann nur verstanden werden durch seine Beziehung zum Zeugungsvorgang: damit eine Zeugung erfolgt, müssen zwei (für sich allein unzureichende) Ursachen (causae inadaequatae⁴⁸⁾) zusammenwirken; der Zeugungsvorgang besteht also aus zwei Phasen: Leistung des Menschen und Leistung der Natur ("processus generativus duobus constat phasibus: opere hominis et opere naturae"). Von impotentia nun spricht man bei den Menschen, denen etwas für das opus hominis Notwendige fehlt ("illi, quibus aliquid ad opus hominis necessarium deest, impotentes vocantur"⁴⁹⁾); das opus hominis aber ist der natürliche eheliche Congressus, der Vollzug der Ehe, das "fieri unam carnem": ein Akt, der aus sich geeignet ist zur Zeugung von Nachkommenschaft (actus per se aptus ad generationem prolis⁵⁰⁾). Worin besteht nun aber im einzelnen

47) FUCHS (13), S. 36, s. auch NIEDERMEYER (33a), S. 238

48) dto. (13), S. 32

49) dto. (13), S. 36

50) can 1081 § 2, CIC

impotentia bzw. welche Anlagen sind für das opus hominis, für das "fieri unam carnem" erforderlich? Der CIC hat es vermieden, eine Legaldefinition von impotentia (und sterilitas) zu geben; unter den Autoren herrscht insoweit Einigkeit, daß alle zugeben: erforderlich ist ein Akt, in dem der Mann in natürlicher Weise (d. h. durch eine wenigstens teilweise geschehende Einführung seines Gliedes in die Scheide) seinen Erguß in das weibliche Organ zu bringen vermag ("omnes concedunt: requiritur actus, quo vir modo naturali - i. e. aliqua saltem immissione membri in vaginam-eiaculatum in organo mulieris deponere valet"⁵¹⁾); jedoch herrscht Uneinigkeit über die Bestimmung der notwendigen Qualität des Ergusses und des weiblichen Organs (" discussio autem est de necessaria qualitate eiaculati et de organo mulieris determinandis"⁵²⁾). Diese Bestimmung wäre aber entscheidend für die (auch bei unserer Untersuchung wichtige) Frage der Ehefähigkeit z. B. von Männern mit fehlenden oder atrophischen Hoden oder (beidseitigem) Verschuß der samenabführenden Wege (etwa nach Vasektomie und Epididymitis) sowie von Frauen mit fehlenden Ovarien, mit obliterierten Tuben oder entferntem Uterus; bei der Erörterung dieser Frage werden drei verschiedene Ansichten vorgebracht⁵³⁾: (1) eine ziemlich neue Ansicht (ANTONELLI, BUCCERONI, LEHMKUHL, TRIEB) besagt: als Ejakulat ist ein wirklicher Same (semen verum) erforderlich: d. h. in den Hoden hervorgebracht und in sich fruchtbar ("in testiculis elaboratum et per se prolificum"); als Organ der Frau gilt die Scheide, durchgängig und führend bis zum Uterus und den Ovarien ("Vagina penetrabilis et perducens ad uterum et ovaria"). (Hier ist eigentlich kaum eine Unterscheidung von opus hominis und opus naturae möglich). (2) Eine heute verbreitete Ansicht (CAPELLO, WERNZ - VIDAL, GASPARRI, MERKEL-BACH) lautet so: erforderlich ist ein semen verum, d. h. "in testiculis elaboratum", auch wenn er nicht fruchtbar ist, d. h. lebende Spermatozoen enthält ("etsi non sit prolificum, i. e. spermatozoïda viva continens"); als weibliches Organ gilt allein die Scheide ("organon mulieris est sola vagina"). (3) Eine heute weniger verbreitete Ansicht (VERMEERSCH - CREUSEN, LANZA - PALAZZINI) besagt: zur Potentia des Mannes genügt die Fähigkeit zum wirklich befriedigenden naturgerecht auszuführenden Vereinigungsakt ("capacitas ad actum unionis vere satiativum naturaliter

51) FUCHS (13), S. 36

52) dto. (13), S. 36

53) Berichtet nach FUCHS (13), S. 36 - 39

perficiendum"), wenn auch ein in den Hoden bereiteter Same gänzlich fehlt ("etsi semen in testiculis elaboratum prorsus desit"); als weibliches Organ gilt hier ebenfalls allein die Scheide. - Danach "sind also sicher impotent: Männer, die aus körperlichem oder seelischem Grund auf keine Weise in die Scheide des Weibes eindringen oder dabei den Erguß in eben der Scheide anbringen können (wegen Hypo- oder Epispadie); dasselbe behaupten die Autoren fast einstimmig ... von einem Mann, der keinerlei Hoden oder nur ganz unentwickelte hat; Frauen, die aus körperlichem oder seelischem Grund auf keine Weise einen Mann zur naturgerechten Vereinigung aufnehmen oder den empfangenen Samen in der Vagina festhalten können". -- Es ist nicht Aufgabe dieser Arbeit, für oder gegen die oben angeführten (und von inneren Schwierigkeiten nicht freien) Ansichten Stellung zu nehmen; es mag jedoch erwähnt sein, daß sich in den letzten Jahrzehnten die S. Romana Rota⁵⁴⁾ die zweite Ansicht zu eigen gemacht hat⁵⁵⁾; danach wäre also z.B. eine sterilisierte Frau nicht als impotent zu bezeichnen, während bei einem vasktomierten Mann (kein semen verum! "ex impossibilitate transitus seminis"⁵⁶⁾) impotentia im Sinne des absoluten Ehehindernisses anzunehmen wäre. (Die dadurch konstatierte Verschiedenheit der Anforderungen an die potentia von Mann und Frau versucht NIEDERMEYER⁵⁷⁾ als sinnvoll erscheinen zu lassen durch Hinweis auf die thomistische Lehre vom principium generationis activum (Mann) und passivum (Frau) sowie durch biologische Gesichtspunkte: Differenzen im anatomischen Bau der Kopulationsorgane und der Keimzellen sowie die ausschließliche Herkunft des Centrosomas - als des "zytodynamischen Energiezentrums der befruchteten Eizelle" - vom Mittelstück des Spermiums). -- Eine einheitliche und eindeutige Lehre der Kirche gibt es hier jedoch noch nicht; so sagt auch PIUS XII. in seiner Ansprache vom 8.9.1953⁵⁸⁾, die Frage nach dem Ehehindernis bei doppelseitiger Vasktomie (und damit die Frage nach dem genauen Begriffsinhalt von impotentia) sei noch nicht außerhalb der Erörterung.

54) Oberster Gerichtshof der Kurie

55) FUCHS (13), S. 38, NIEDERMEYER (33a), S. 296/7,
HOLLNSTEINER (19), S. 17

56) HOLLNSTEINER (19), S. 17

57) NIEDERMEYER (33a), S. 290 - 351

58) AAS 95, 1953, 676 f.

3. Sterilitas

So wie impotentia als die mangelnde Fähigkeit zur Leistung des opus hominis (als Teilursache der Zeugung) zu verstehen ist, so spricht das kanonische Recht und die Moralthologie bei verhinderter Leistung des opus naturae (als der zweiten Teilursache der Zeugung) von sterilitas (oder "impotentia generandi"): "dagegen sind diejenigen, denen etwas für die Leistung der Natur Notwendiges fehlt, steril und leiden an impotentia generandi" ("dum illi, quibus aliquid ad opus naturae necessarium deest, steriles sunt et impotentia generandi laborant"⁵⁹). Der genaue Begriffsinhalt von sterilitas ist natürlich noch nicht festgelegt, ebenso wenig wie der von impotentia.

4. Zusammenfassung

Nach diesen begrifflichen Darlegungen müssen wir abschließend feststellen: es gibt keine einheitliche, klar umrissene Definition von "Impotenz" bzw. impotentia oder von "Sterilität" bzw. sterilitas: oft wird (in der Sprache der Medizin oder der Jurisprudenz) volle "Potenz" angenommen, wo (im kirchenrechtlichen Sinne) impotentia vorliegt, auch ist nicht etwa impotentia mit "impotentia coeundi" bzw. mit "impotentia concipiendi" identisch, noch ist "impotentia generandi" bzw. "impotentia gestandi" mit sterilitas gleichbedeutend. Vielmehr muß in jedem einzelnen Fall ehelicher Unfruchtbarkeit von Seiten der Medizin und der Moralthologie geklärt werden, welcher Begriff jeweils in Anwendung zu bringen ist; das wäre allerdings in manchen Fällen entscheidend für die Frage, ob überhaupt eine gültige Ehe vorliegt oder nicht⁶⁰).

59) FUCHS (13), S. 36

60) Natürlich ist nur eine "impotentia antecedens et perpetua" Nullitätsgrund, wie es auch in dem genannten § des CIC festgehalten wird.

IV. "Sterilität" im Sinne vorliegender Arbeit

Wie aus dem Untertitel des Themas dieser Arbeit schon zu ersehen ist, wird hier der Begriff der "Sterilität" im weitesten Sinne gebraucht; er meint hier nicht eine bestimmte Ursache für die Nichterfüllung eines Kinderwunsches, wie etwa die sterilitas (im kanonischen Sinn) oder die Konzeptionsunfähigkeit der Frau; hier wird auch von "Sterilität" gesprochen, wenn etwa Impotenz die Ursache der Kinderlosigkeit ist; hier ist "Sterilität" in dem Sinne gebraucht und gemeint, wie er dem Arzt in der Sterilitätssprechstunde begegnet: als Oberbegriff für alle die Fälle, in denen einem Ehepaar aus irgendeinem Grunde der dringende Kinderwunsch unerfüllt bleibt.

B. STERILITÄTSURSACHEN

Vorbemerkung:

Es soll nicht Aufgabe dieser Arbeit sein, sämtliche möglichen Ursachen für die Nichterfüllung des Kinderwunsches im einzelnen zu behandeln. Im Rahmen unserer Untersuchungen genügt es, die Hauptarten der Sterilitätsursachen stichwortartig kurz aufzuzeigen und durch einige Beispiele zu erläutern.

Einteilung in zwei Hauptgruppen:

Die Gesamtheit der in der medizinischen Literatur angeführten Sterilitätsursachen kann man in zwei Hauptgruppen einteilen: je nachdem, ob sie (1) als rein physisch aufzufassen und zu erklären sind oder ob sie (2) in psychischen Fehlhaltungen ihre eigentliche, primäre Ursache haben:

1. rein physische

In dieser ersten Hauptgruppe der Sterilitätsursachen können wir jeweils einige, die denselben Wirkungsmechanismus aufweisen, zu einer Gruppe zusammenfassen: (1) da sind zunächst alle jene Fälle zu nennen, in denen aus rein körperlichen Gründen keine befruchtungsfähigen Keimzellen heranreifen können; das ist z.B. der Fall bei angeborenen oder erworbenen Schäden der Keimdrüsen (Kryptorchismus, STEIN-LEVENTHAL-Syndrom), sowie bei schweren Allgemeinerkrankungen und schwerster körperlicher

Überanstrengung; (2) eine weitere Gruppe bilden jene Fälle, in denen das Zusammentreffen von vorhandenen reifen Keimzellen rein mechanisch - technisch unmöglich ist; das kann z.B. darin seinen Grund haben, daß die Eheleute aus Unkenntnis oder Überängstlichkeit den ehelichen Verkehr nicht regelrecht ausführen⁶¹⁾ oder daß eine regelrechte Kohabitation völlig unmöglich ist (Mißbildungen wie Aplasien, Hypospadie, Gynatresien; Erektionsschwäche bei Diabetes⁶²⁾; große Hydrocelen); oft sind auch die Kohabitationstermine nicht richtig gewählt, oder es verhindern entzündliche Verklebungen der Tuben oder der Samenleiter das Zusammentreffen der an sich befruchtungsfähigen Keimzellen; (3) zur dritten Gruppe der rein physischen Sterilitätsursachen gehören z.B. alle physikalisch-chemischen Veränderungen des Spermaplasmas (Mangel an Hyaluronidase, niedriger Fructosespiegel⁶³⁾) sowie die biochemischen Veränderungen im weiblichen Genitale (pathologische Keime in der Vagina, pathologische Zusammensetzung des Zervixschleimes); (4) und schließlich sind als vierte Gruppe alle jene Fälle zu nennen, in denen kein Austragen der Frucht möglich ist (z.B. Frühaborte bei Endometritis und Hypoplasie des Uterus).

2. psychisch bedingte

Die Bedeutung psychischer Faktoren für die Genese der Sterilität findet erst in neuerer Zeit eine gebührende Würdigung⁶⁴⁾. In manchen Fällen tritt die psychogene Herkunft von Sterilitätsursachen ganz deutlich zu Tage: bei allen Dyspareunien, bei der relativen Erektionsschwäche (nur der eigenen Frau gegenüber), bei der Ejakulatio praecox, bei der Ejakulatio sejuncta, beim Vaginismus; in anderen Fällen wiederum ist der psychische Faktor in der Genese einer Sterilität nicht so ohne weiteres zu erkennen, da die psychisch bedingten Sterilitätsursachen häufig die gleichen äußeren Erscheinungsformen wie die rein physischen aufweisen: so kann z.B. der primäre Grund einer klinisch manifesten ovariellen Störung

61) MARTIUS (123), S. 359

62) BERNHARD (53), S. 28

63) Bei morphologischer Normospermie! s. dazu u.a. SCHIRREN (162), S. 22 ff.

64) NIEDERMEYER (33a), S. 111, FIKENTSCHER (76), S. 217, MAYER (125), S. 219, HOLT (100), S. 870, BOS - CLEGHORN (57), FISCHER (82), KEMPER (106), RIEPER (153) u.a.

in einer psychischen Fehlhaltung oder in langdauernden psychischen Belastungen liegen (dann wäre natürlich eine ausschließliche Hormontherapie zur Erfolglosigkeit verurteilt); auch kann z.B. die Spermiogenese durch psychische Noxen gestört werden. - Als wesentliche Beiträge zur Klärung psychisch bedingter Sterilität (speziell des Tubenspasmus) sind neueste experimentelle Arbeiten von FICKENTSCHER - SEMM⁶⁵⁾ und BAUER - SEMM⁶⁶⁾ zu betrachten, die auf die große Bedeutung des (bekannterweise psychisch stark beeinflussbaren) Gefäßsystems beim funktionellen Tubenverschluß hinweisen.

C. HÄUFIGKEIT STERILER EHEN

Über die Häufigkeit ungewollt kinderloser oder kinderarmer Ehen finden wir in der Fachliteratur ziemlich übereinstimmende Angaben. MARTIUS gibt an, daß im ganzen etwa 10% aller Ehen ohne Nachwuchs bleiben (ungewollt?)⁶⁷⁾; ähnlich rechnet SCHIRREN mit etwa 10% ungewollt kinderloser Ehen⁶⁸⁾; 10 - 15% aller Ehen halten ZACHERL - MÜLLER-HARTBURG für ungewollt kinderlos⁶⁹⁾; nach MAYER sind 19% der Ehen als steril zu bezeichnen⁷⁰⁾; 10% aller Ehen in Deutschland bezeichnet STIASNY als kinderlos; schließlich beziffern BICKENBACH - DÖRING die Sterilitätspatientinnen mit etwa 10% der Ambulanz und erwähnen, daß die Häufigkeit ungewollt kinderloser Ehen seit Jahrzehnten unverändert mit 10 - 15% angegeben wird⁷¹⁾. Es ist also in letzter Zeit keine Zunahme der Sterilität anzunehmen. Wohl aber ist eine laufend steigende

65) FICKENTSCHER - SEMM (81), S. 215 - 219

66) BAUER - SEMM (50)

67) MARTIUS (123), S. 353

68) SCHIRREN (162), S. 6

69) ZACKERL - MÜLLER-HARTBURG (191), S. 138

70) MAYER (125), S. 224

71) BICKENBACH - DÖRING (55), S. 1 - Diese Zahlenangaben gelten alle wohl nur für Europa und die USA; ein Vergleich mit den Verhältnissen in den "unterentwickelten Ländern" würde vielleicht die größere Bedeutung psychischer Sterilitätsursachen in Zivilisationsländern wahrscheinlich machen. Das könnte Gegenstand einer gesonderten Untersuchung sein.

Zahl von Fertilitätsuntersuchungen festzustellen⁷²⁾, und das wohl deshalb, weil die ungewollte Kinderlosigkeit immer weniger als schicksalsbedingt hingenommen wird, und auch, weil die Einrichtung einer Sterilitätssprechstunde relativ neu ist und sich erst allmählich herumspricht. Mit der Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und den damit größeren Erfolgsaussichten dürfte sich die Frequenz der Sterilitätsberatungen noch weiter steigern.

D. BESONDERE GEFÄHRDUNG KINDERLOSER EHEN

Die Eheleute - meist sind es zunächst die Frauen -, die eine Sterilitätssprechstunde aufsuchen, haben sich nicht leicht zu diesem Gang entschlossen; manchen dürfte es äußerst schwer fallen, sich wegen vermeintlicher Unfruchtbarkeit untersuchen zu lassen; denn die Unfruchtbarkeit galt schon immer als ein besonders großes Unglück⁷³⁾, als "ein Zustand, der einer der Grundaufgaben der Natur zuwiderläuft"⁷⁴⁾. Schließlich überwindet man die Scheu und entschließt sich zum Aufsuchen eines Arztes, doch wohl nicht allein und zuerst wegen des in jedem gesunden Menschen ruhenden Verlangens nach einem Kind; vielmehr sind diesem Entschluß oft unerfreuliche eheliche Auseinandersetzungen vorausgegangen, gegenseitige Vorwürfe und Anschuldigungen; tiefe seelische Not hat vor allem die Frau erfaßt, und die Ehe droht wegen der ungewollten Kinderlosigkeit zu zerbrechen. Auch statistische Zahlen scheinen auf den ersten Blick ganz deutlich zu zeigen, daß die Zahl der Ehescheidungen mit der Anzahl der Kinder abnimmt, wie aus folgender Tabelle hervorgeht⁷⁵⁾:

72) BICKENBACH - DÖRING (55), S. 1 und SCHIRREN (162), S. 6

73) Schon Gen. 30, 1-2 schildert die seelische Not der unfruchtbaren Rachel gegenüber der fruchtbaren Lea, die sie zu Jakob sagen läßt: "Gib mir Kinder, oder ich sterbe".

74) FIKENTSCHER (76), S. 213

75) Aus: "Bayern in Zahlen", Monatsheft des Bayerischen Statistischen Landesamtes, 1962, Heft 8, S. 310

KINDERZAHL DER GESCHIEDENEN EHEN IN BAYERN 1957 BIS 1961

Zahl der unmündigen Kinder	1961 geschiedene Ehen	Von 100 geschiedenen Ehen hatten ... unmündige Kinder				
		1961	1960	1959	1958	1957
keine ...	2930	41,5	42,1	41,4	41,7	42,3
1 ...	2526	35,8	34,4	35,5	34,8	34,7
2 ...	1085	15,4	15,9	16,0	15,7	15,3
3 ...	340	4,8	5,2	4,9	5,4	5,2
4 ...	114	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5
5 ...	32	0,5	0,4	0,3	0,5	0,7
6 und mehr	33	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3

Abb. 1

Im gleichen Sinne wurden solche Statistiken auch in dem Artikel "Moral 62" der Illustrierten Zeitung "Revue"⁷⁶⁾ gedeutet; nach diesem Artikel haben Elektronengehirne berechnet, daß Ehen umso länger gehalten haben, je mehr Kinder vorhanden waren. Doch ist demgegenüber festzustellen: bei solcher Deutung dieser Zahlen wird übersehen, daß eine Ehe "im zweiten Ehejahr, in dem relativ viele kinderlose Ehen geschieden werden"⁷⁷⁾, noch nicht eine Kinderzahl von vier und mehr erreicht haben kann. Konkrete Aussagen über die Scheidungshäufigkeit in Abhängigkeit von der Kinderzahl scheitern daran, daß die Zahl der noch bestehenden Ehen in der entsprechenden Gliederung nicht bekannt ist. Wenn sich also die besondere Gefährdung ungewollt kinderloser Ehen auch statistisch nicht sicher belegen läßt, so ist sie doch zu konstatieren; dazu sagt NIEDERMEYER: "... Die Erfahrungstatsache, daß sterile Ehen zum größeren Teile gefährdet sind und häufiger mit totaler Zerrüttung und Scheidung endigen als fruchtbare Ehen, ist unleugbar"⁷⁸⁾.

76) "Revue" 1962, Heft 42, S. 65

77) Persönliche Mitteilung des Statistischen Bundesamtes, Wiesbaden, v. 22.11.1962

78) NIEDERMEYER (33a), S. 147

Auch STOECKEL äußert sich in gleicher Richtung: "... daß es sich nicht nur um die Befriedigung der Libido handelt, ja oft nicht nur und nicht in erster Linie die Sehnsucht nach dem Kind befriedigt werden will, sondern das ganze Glück der Ehe auf dem Spiele steht"⁷⁹⁾. Und PIUS XII. führt über die Auswirkungen ungewollter Kinderlosigkeit auf die Ehe aus: "... Die ungewollte eheliche Unfruchtbarkeit ... verhindert die Erreichung des vornehmsten Zwecks der Ehe und ruft im Ehepaar ein tiefes Mißbehagen hervor, das, wenn auch häufig mit naturhaftem Feingefühl verborgen, dennoch eine Gefahr für den Bestand der Ehe selbst bildet. ... Es ist tief menschlich, daß die Ehegatten in ihren Kindern den wahren und vollen Ausdruck ihrer gegenseitigen Liebe und Hingabe sehen und finden. Es ist nicht schwer zu verstehen, warum der nicht befriedigte Wunsch nach Vater- und Mutterschaft von Eheleuten, die von edlen und gesunden Gefühlen beseelt sind, als schweres und schmerzhaftes Opfer empfunden wird. Mehr noch: die ungewollte Unfruchtbarkeit der Ehe kann eine ernste Gefahr für den Ehebund und den Bestand der Familie selbst werden"⁸⁰⁾.

E. STERILITÄTSBEHANDLUNG ENTSPRICHT DEM ARZTTUM

Diese seelische Not, ja Verzweiflung der Eheleute sowie die Gefährdung kinderloser Ehen tritt dem Arzt in der Sterilitätssprechstunde zunächst entgegen. Zwar umfaßt das Thema Sterilität verschiedene Aspekte, so die gerade heute höchst aktuellen soziologischen und bevölkerungspolitischen Fragen; auch dem Arzt stellt sich das Problem, ob es sinnvoll sein kann, eine oft schwierige, gefährliche und kostspielige Sterilitätsbehandlung durchzuführen, wo auf der anderen Seite wegen vermeintlicher Überbevölkerung und daraus erwachsender ernährungspolitischer Überlegungen die Fortpflanzung künstlich begrenzt oder unmöglich gemacht wird. So sind z. B. in Japan 1955 (neben 1,17 Mio. "legalen" Aborten) 42 000 "legale" Sterilisationen an Frauen durchgeführt worden, und 1956 wurden schon (außer 1,2 Mio. Aborten) 45 000 Sterilisationen vorgenommen⁸¹⁾. Auch der Arzt kann sich diesen Problemen nicht verschließen, doch meint auch

79) Zitiert nach BERNHARD (53), S. 35

80) PIUS XII., Ansprache vom 19. 5. 1956,
AAS 46, 1956, S. 309

81) DE LESTAPIS (26), S. 69, 291

FIKENTSCHER⁸²⁾, daß der Arzt entsprechend seinem Ethos mehr den persönlichen Schwierigkeiten, mehr dem Menschen als Individuum verpflichtet ist; der Kinderwunsch eines Ehepaares dürfte dem ärztlichen Wollen und Handeln besonders entsprechen, mehr als die erwähnten kollektiven Menschheitsprobleme. Zudem geht es - wie wir das oben (Seite 17/18) gesehen haben - nicht nur um die Not eines einzelnen Menschen, sondern oft um den Fortbestand einer ehelichen Gemeinschaft. Wir können also wohl feststellen, daß die Beratung und Behandlung einer sterilen Ehe in besonderer Weise dem Arzttum entspricht. "In der Behandlung der kinderlosen Ehe wird der Arzt mit einer der schönsten Aufgaben betraut"⁸³⁾.

82) FIKENTSCHER (77), S. 1498

83) dto. (77), S. 1498

Zweiter Abschnitt

ALLGEMEINE MORALISCHE BEURTEILUNG

ÄRZTLICHER EINGRIFFE

A. ALLGEMEINE BEURTEILUNG EINER HANDLUNG

I. Die objektive sittliche Norm

Wenn sich ein Mensch frei und überlegt für etwas entscheidet, ist er dafür verantwortlich; er ist auch verantwortlich dafür, ob die Tat oder ihre vor-aussiehenden Folgen gut oder schlecht sind. Sittliche Gutheit oder Schlechtigkeit kann aber - ebensowenig wie etwa Wahrheit - nicht vom subjektiven Empfinden des handelnden Menschen abhängen (das ist lediglich erheblich für die Frage des persönlichen Verdienstes oder der persönlichen Schuld). Vielmehr gibt es nach übereinstimmender katholischer Lehre für die Frage nach dem sittlichen Charakter einer Handlung eine objektive, für jeden Menschen zugängliche und verbindliche moralische Norm: das sittliche Naturgesetz¹⁾ (lex naturalis ethica): "Unter diesem versteht man die Summe derjenigen sittlichen Normen, die der Mensch aus der Natur der Dinge kraft seiner natürlichen Vernunft als sittlich verbindlich erkennen kann"²⁾. Zur Erklärung dessen müssen wir etwas weiter ausholen: Alles, was nicht aus sich selbst besteht, was nicht die "aseitas" besitzt, kurz: alles, was nicht selbst Gott ist, wurde von Gott erschaffen. Gott ist aber unendlicher Geist; Er schafft nicht ziel- und planlos, sondern mit einer bestimmten Absicht; diese Absicht Gottes bzw. dieser Zweck, zu dem Seine Geschöpfe geschaffen sind, ist in den geschöpflichen Dingen gelegen und wird in ihrer natürlichen Ordnung und Zielgerichtetheit ersichtlich. Diese Ordnung und innere Teleologie der Dinge muß gefordert werden, weil ein Schöpfer

-
- 1) Das Wort "Natur" bezieht sich auf die Erkenntnisnorm, die natürliche Vernunft, und auf die Quelle der Erkenntnis: sie liegt in der Natur, d. h. in den objektiven Wesenheiten des Menschen und der Dinge, die die Vernunft in Begriffe und Ideen faßt.
- 2) MAUSBACH (29a), S. 110; s. zu Naturgesetz und der folgenden Erklärung auch LOHKAMP (27), S. 10 - 13, KENEALY (23), S. 555 - 557 und KELLY (21), S. 3/4.

und Gesetzgeber nicht Göttlicher, Ewiger Geist sein könnte, wenn Er in Seine Schöpfung Uneinheitlichkeit, Verwirrung und Gegensätzlichkeit hineingelegt hätte. Es hat vielmehr jedes Ding seinen Platz und seine von der Natur selbst gesetzte immanente Teleologie; jeder Mensch und jedes menschliche Organ hat seine Bestimmung, seine eigene innere Zielgerichtetheit: alles ist mit bestimmter Absicht geschaffen. Es ist aber Gottes Wille, daß seine Geschöpfe den Zweck, zu dem sie geschaffen sind, auch erfüllen: Gott befiehlt die Erhaltung Seiner Ordnung und verbietet deren Zerstörung³⁾. So ist der erste und allgemeinste Grundsatz (*primum principium*) des sittlichen Naturgesetzes: "Wahre die Ordnung des Seins"⁴⁾, oder mit anderen Worten: die für das menschliche Handeln sittlich verbindliche oberste Norm ist die natürliche Seinsordnung, die "in den Dingen liegende Teleologie und die aus der Natur der Dinge sich ergebende Wertordnung"⁵⁾: "*agere sequitur esse*"⁶⁾ oder "*ordo essendi est ordo agendi*"⁷⁾. Da nun der Mensch in vielen seiner Taten frei ist - und nur freie Taten haben einen sittlichen Charakter -, kann er seine Fähigkeiten, Organe und Kräfte für Gottes Ziele einsetzen, er kann sie aber auch entgegen den göttlichen Absichten nutzen; von dieser Entscheidung aber hängt es ab, ob menschliche Handlungen sittlich gut oder böse sind. Gut oder Schlecht wird also zu messen sein an dem Grad, wie weit eine Tat dem Willen Gottes, der obersten sittlichen Norm, der Seinsordnung bzw. dem Naturgesetz entspricht.

II. Bestimmung der Sittlichkeit einer Handlung

Die wesentlichen Momente einer Handlung, von deren Verhältnis zur obersten Sittennorm die sittliche Gutheit oder Schlechtheit abhängt, sind ihr Objekt und die Umstände (*circumstantiae*); von letzteren sind die wichtigsten: Zweck (*cur*) und Mittel (*quibus auxiliis*); die Umstände können erschwerend (*aggravantes*) oder mildernd (*imminuentes*) sein. - "Objekt" einer Handlung ist zu verstehen als *finis operis*⁸⁾: worauf die Handlung

3) St. AUGUSTINUS (3), 42, 418

4) MAUSBACH (29), Bd. I, S. 112

5) PIUS XII., Ansprache v. 13.9.1952

AAS 44, 1952, S. 779 und Ansprache v. 12.11.1944 (37), Heft 1, S. 7

6) MAUSBACH (29), Bd. I, S. 241

7) PIUS XII. (37), Vorwort

8) MAUSBACH (29), Bd. I, S. 242 ff. und NIEDERMEYER (33b), S. 28 ff.

aus sich hingeeordnet ist, der immanente Zweck der Handlung, der ihr Wesen bestimmt; es gibt der Handlung das erste Gepräge, die spezifische Eigenart. Der *finis operis* gibt die "primäre moralische Qualifikation"⁹⁾ einer Handlung; es ist bei der Beurteilung der Sittlichkeit vom Objekt auszugehen. Der "Zweck" einer Handlung wird definiert als *finis operantis*¹⁰⁾; worauf der Handelnde hinzielt, oder: was der Handelnde durch die Handlung zu erreichen sucht. - Für die nähere Bestimmung der guten und der bösen Handlung nach ihren Elementen gilt der Grundsatz: "*Bonum ex integra causa, malum ex quovis defectu*"¹¹⁾, d. h.: zur Gutheit eines Aktes ist es erforderlich, daß er in allen seinen wesentlichen Momenten mit der Sittenregel übereinstimmt; zur Unsittlichkeit genügt der Widerspruch eines Elementes zur Sittennorm. Daraus ergeben sich folgende wichtigsten Grundsätze: (1) Eine in sich (in se, intrinsece, ex objecto) schlechte Handlung ist und bleibt schlecht; (2) Eine dem Objekt nach gute Handlung kann ihren sittlich guten Charakter verlieren; - der sittliche Charakter der Handlung wird entscheidend durch den Zweck mitbestimmt; (3) Eine ex objecto gute Handlung wird durch den schlechten Zweck zur sittlich schlechten Tat; (4) Eine an sich indifferente Handlung erhält vom Zweck ihren (guten oder schlechten) Charakter; (5) Eine an sich schlechte Handlung kann durch einen guten Zweck nicht gut werden ("*Actus ex objecto malus a fine bono non potest bonitatem accipere, sed est et manet malus*"¹²⁾). - Für das Verhältnis von Mittel und Zweck gelten unter anderem folgende Grundsätze: (6) Hat eine Handlung einen guten Zweck und sind die Mittel gut (oder indifferent), so ist die Handlung gut; (7) Ist der Zweck schlecht, die Mittel gut, so ist die Handlung schlecht, und (8) Ist der Zweck gut, die Mittel schlecht, so ist die Handlung schlecht: der Zweck heiligt nicht die (schlechten) Mittel ("*Non sunt facienda mala, ut eveniant bona*"¹³⁾).

9) NOLDIN (34), I. De principiis, n. 70, S. 78

10) MAUSBACH (29), Bd. I, S. 245 ff.,

NIEDERMEYER (33b), S. 28

11) MAUSBACH (29), Bd. I, S. 254,

NIEDERMEYER (33b), S. 30

12) NOLDIN (34), I. n. 77

13) PIUS XI., "Casti connubii" n. 66

B. ALLGEMEINE BEURTEILUNG ÄRZTLICHER EINGRIFFE

Vorbemerkung:

Die Literaturstellen, die sich vom moraltheologischen Standpunkt mit der allgemeinen Beurteilung des ärztlichen Eingriffes beschäftigen, sind äußerst spärlich; zudem ist die Meinung hierüber nicht einheitlich und nicht genügend allgemein: z. B. faßt NIEDERMEYER¹⁴⁾ jeden ärztlichen Eingriff grundsätzlich als Einbruch in eine "geschützte Rechtssphäre - die körperliche Integrität". Diese körperliche Integrität jedes Menschen beruht auf dem Lebensrecht, dem ursprünglichen Recht des einmal erzeugten Menschen (und der Grundlage aller übrigen Rechte); es kann verletzt werden durch Vernichtung oder Gefährdung des Lebens, wobei eben die Gefährdung des Lebens in einer Verletzung der körperlichen Integrität besteht. Nach NIEDERMEYER ist auch ein nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausgeführter Eingriff objektiv eine Körperverletzung; diese Verletzung der körperlichen Integrität eines Menschen sei jedoch insoweit generell gerechtfertigt, als sie ein "sittlich erlaubtes Mittel zu einem sittlich guten Zweck, der Heilung" darstelle. Der Heilzweck ist immer finis operantis, manchmal kann er zugleich finis operis sein. Es wird jedoch aus den Ausführungen von NIEDERMEYER nicht klar ersichtlich, ob zur Rechtfertigung des Eingriffes der Heilzweck nur finis operantis zu sein braucht oder gleichzeitig finis operis sein muß. Nach MAUSBACH¹⁵⁾ bedarf das ärztliche Tun keiner eigenen grundsätzlichen Rechtfertigung durch den Heilzweck; MAUSBACH faßt den ärztlichen Eingriff als eine Sinneinheit: als Heilbehandlung; eine solche Sinneinheit sieht er gegeben durch die "innige Verbindung des Objekts der Handlung (Eingriff in den kranken Leib als ein an sich auf die Heilung des ganzen Leibes gerichtetes Tun) mit ihren Umständen (daß der Eingriff von einem sachkundigen Arzt mit Einwilligung des Patienten vorgenommen wird)". Diese Charakterisierung des ärztlichen Handelns als einer Heilbehandlung erscheint schwierig und nicht genügend allgemeingültig, da sie schon gewisse Voraussetzungen erfordert: unter anderem, daß ein kranker Leib Objekt des Eingriffes ist und daß die Heilung dieses kranken Leibes finis operis ist. - Es läßt sich wohl keine allgemein anerkannte grundsätzliche Beurteilung des ärztlichen Eingriffes finden; dafür sind auch die verschiedenen Eingriffe kaum auf einen Nenner zu brin-

14) NIEDERMEYER (33b), S. 23 ff. und (33c), S. 1

15) MAUSBACH (29), Bd. III, S. 262

gen: Was ist das Gemeinsame etwa an einer Blutentnahme für eine Transfusion, einer Sectio caesarea, der Entfernung eines carcinomatösen Uterus oder einer (verschönernden) Nasenplastik? Es gibt aber einige moraltheologische Grundprinzipien, die von allen (katholischen) Moraltheologen für jeden ärztlichen Eingriff als verbindlich angesehen werden. Sie sollen im folgenden zusammengestellt werden.

I. Einwilligung des Patienten

Zu jedem ärztlichen Eingriff ist grundsätzlich die Einwilligung des Patienten (resp. seines Vertreters) erforderlich. NIEDERMEYER¹⁶⁾ nennt diese Einwilligung die Voraussetzung für die (moralische) Rechtfertigung durch den Heilzweck, und NOLDIN¹⁷⁾ sagt speziell von einer chirurgischen Operation: "... scilicet an aegrotus vel, qui curam eius agunt, consentire possint". Auch KELLY¹⁸⁾ begründet ausdrücklich und in extenso die Forderung nach der Zustimmung des Patienten zu dem ärztlichen Eingriff: nur der einzelne Mensch ist von Gott zum Administrator seines eigenen Lebens und seiner Gesundheit eingesetzt; der einzelne hat das Recht (und generell die Pflicht) zur Selbsterhaltung und nur er hat das Recht, zu diesem Zweck alle erlaubten Mittel zu gebrauchen; er kann seine Rechte auch einem sachkundigen Arzt übertragen: er übt dann sozusagen sein Recht durch den Arzt aus. KELLY führt in diesem Zusammenhang noch einen weiteren wichtigen Gedanken an: Diese Einwilligung des Patienten, diese Übertragung des eigenen Rechts, ist ein freier, rationaler Akt; deshalb erfordert er die Kenntnis dessen, wozu die Zustimmung gegeben werden soll; diese Kenntnis muß nicht immer präzise, aber doch im wesentlichen korrekt sein; der Patient muß nicht notwendig alle Einzelheiten des ärztlichen Eingriffes kennen; aber seine Einwilligung kann nicht frei und vernunftbegründet genannt werden, wenn sie z. B. in Unkenntnis der möglichen Folgen, der Gefährlichkeit oder relativen Aussichtslosigkeit einer Behandlung geschieht. - Diese grundsätzliche Forderung nach genügender Unterrichtung und Einwilligung des Patienten kann natürlich im Einzelfall oft nur sehr schwer oder gar nicht erfüllt werden: z. B. bei Ohnmächtigkeit oder verminderter geistiger Zurechnungsfähigkeit; in einem solchen Fall darf der Arzt die Zustimmung

16) NIEDERMEYER (33c), S. 257

17) NOLDIN (34), vol. II, n. 328, S. 312

18) KELLY (21), S. 36 ff.

des Patienten gewissermaßen präsumieren und sagen: wenn mein Klient konsultiert werden könnte, würde er sicher seine Einwilligung geben. Es ist klar, daß der Arzt in einem solchen Fall besonders gehalten ist, nach bestem Wissen zum Wohl des Patienten zu entscheiden. - Zum Schluß sei noch ein Wort von PIUS XII. ¹⁹⁾ zu diesem Punkt angeführt: "Zunächst muß vorausgesetzt werden, daß der Arzt, als Privatperson, gegen den Willen des Patienten keine Anordnung treffen und keinen Eingriff vornehmen darf; denn der Arzt hat über den Patienten nur soviel Vollmacht und Verfügungsgewalt, als der Patient ihm gibt, sei es ausdrücklich, sei es einschließlich und stillschweigend".

II. Mutilationen

Vorbemerkung:

Je nachdem, wie man den Begriff der Mutilation - Beschädigung, Verletzung, Selbstverstümmelung - definiert, kann man die meisten oder sogar alle ärztlichen Eingriffe darunter fassen. Wir müssen also im folgenden darlegen, was unter einer Mutilation zu verstehen und wie sie vom moraltheologischen Standpunkt aus zu beurteilen ist.

1. Definition

Das Wort "Mutilation" hat verschiedene Bedeutungen; jedoch unterscheiden sich die Definitionen nicht in der Sache, sondern nur bezüglich der Ausdehnung, des Begriffsinhaltes: (1) Man kennt eine Mutilation im strengen Sinne und meint damit die Entfernung eines Gliedes oder Organs bzw. die Behinderung oder Zerstörung ihrer Funktion: "Mutilatio ... est destructio (vel functionis suppressio) alicuius membri, i. e. partis organicae corporis, quae propriam functionem habet"²⁰⁾ oder: "Mutilatio est quaedam abscissio vel aequivalens actio, qua functio organica vel definitus usus membrorum supprimitur aut directe diminuitur"²¹⁾; (2) man kann auch Mutilation im weitesten Sinne verstehen und diesen Begriff für jede Art von Handlung

19) PIUS XII., Ansprache v. 13.9.1952

AAS 44, 1952, 779

20) NOLDIN (34), vol. II, De praeceptis, n. 328

21) VERMEERSCH (43), vol. II, n. 299, S. 223

anwenden, die die körperliche Integrität (zeitweise) gefährdet oder vernichtet: "In general, any kind of act which injures or lessens bodily integrity can be called a mutilation" ²³⁾; unter diesen Begriff der Mutilation im weitesten Sinne fallen dann sämtliche ärztlichen Eingriffe: schwere Operationen, die zum Verlust eines Organs (Gliedes) oder dessen Funktion führen, aber auch einfachere Eingriffe wie Hautüberpflanzungen, kosmetische Operationen, Bluttransfusionen und die Verabreichung von Chemikalien (Injektionen).

2. Moraltheilungische Beurteilung

a) Gott als der Herr des Lebens

Es konnte oben (Seite 24) gezeigt werden, daß zur moralischen Rechtfertigung jedes ärztlichen Eingriffes grundsätzlich die freie Einwilligung des Patienten erforderlich ist, da nur er ein Verfügungsrecht über seinen Körper besitzt. Dieses Verfügungsrecht des Menschen ist aber nicht unbeschränkt; dazu führt PIUS XII. aus: "Der Patient aber kann nicht mehr Verfügungsrecht geben, als er selbst besitzt. Es ist also ... das sittlich zulässige Verfügungsrecht des Patienten über sich selbst entscheidend. Hier findet das Tun des Arztes, der mit Zustimmung seines Patienten handelt, seine ethische Schranke und Grenze. Was aber den Patienten betrifft, so ist er nicht unbeschränkter Herr über sich ... Er kann also erlaubterweise nicht verfügen wie ihm beliebt" ²⁴⁾. - Da nun diese Tatsache, daß der Mensch nicht absoluter Herr über seinen Körper ist, als eine fundamentale moraltheilungische Wahrheit anzusehen ist und der Beurteilung jeder Mutilation zugrunde liegt, ist es gerechtfertigt, ausführlich die entsprechenden Argumentationen von CUNNINGHAM ²⁵⁾ und LOHKAMP ²⁶⁾ darzulegen, die nach ihren Worten als die Summe der Lehren so großer Theologen wie AUGUSTINUS, THOMAS, MOLINA, LESSIUS, BILLUART, SYLVIUS und DE LUGO anzusehen sind: Der Mensch ist nicht nur ein vernunftbegabtes Wesen (ens sociale); er ist auch ein geschöpfliches Wesen; er ist

23) LOHKAMP (27), S. 13/14; s. ebenso KELLY (21), S. 8 und CUNNINGHAM (8), S. 19

24) PIUS XII., Ansprache v. 13.9.1952
AAS 44, 1952, 779

25) CUNNINGHAM (8), S. 30/31

26) LOHKAMP (27), S. 14 - 19

erschaffen von Gott. Auf Grund dieser Tatsache der Erschaffung ist nur Gott, und nicht der Mensch, der Herr über Leben und Tod. Es gibt keinen ausdrücklichen oder impliciten Grund zu der Annahme, daß Gott Seine absolute Herrschaft über Seine vernunftbegabten Geschöpfe aufgeben hat. Im Gegenteil, Gott gab uns ein besonderes Gebot: "Du sollst nicht töten". Das Leben ist also eine Leihgabe Gottes an den Menschen und bleibt dem Geber des Lebens untertan. Es ist klar, daß derjenige, welcher sich selbst des Lebens beraubt, gegen Gott sündigt ("... qui seipsum vita privat, in Deum peccat"²⁷⁾). Selbstmord oder willkürlicher Mord ist also ein Akt der Ungerechtigkeit gegen den Herrn des Lebens: ein ungerechtfertigter Gebrauch einer Macht, die der Schöpfer, auf Grund der Schöpfung, allein besitzt. Daß der Mensch keine absolute Herrschaft über seinen Körper besitzt, folgt aus mehreren Prinzipien: (1.) In der Ordnung der (sichtbaren) Schöpfung ist kein Geschöpf größer als der Mensch. Gott ist sein unmittelbarer Vorgesetzter. Obwohl Gott dem Menschen zu dessen Wohl die Herrschaft über die niedrigen Geschöpfe übertragen hat, behielt Er die letzte Herrschaft über des Menschen Leben und Körper Sich Selbst vor. (2.) Da Gott allein Leben geben kann, ist es Ihm allein unterworfen. Also vergreift sich jemand, der sein eigenes Leben oder das eines (unschuldigen) anderen zerstört, an fremdem Eigentum und macht sich einer Ungerechtigkeit gegen den Herrn über Leben und Tod schuldig. (3.) Keine Kreatur kann ihr eigener Herr sein. Für jedes Wesen ist es - um sein eigener Herr zu sein - notwendig, daß es selbst die Quelle des eigenen Ursprungs ist. Da nun alle geschaffenen Dinge zufällig (kontingent) sind, müssen sie den Ursprung ihrer Existenz in dem Ersten Grund (Causa Prima) suchen. Da kein Geschöpf sein eigener (Existenz-) Grund ist, kann kein Geschöpf vollends sein eigener Herr sein oder absolute Herrschaft über sich selbst haben. (4.) Schließlich gibt es ein positives Gesetz in den Geboten Gottes, welches verbietet, das Leben zu nehmen. - Wenn daher der Mensch nicht Herr seines eigenen Lebens ist, so ist er auch nicht absoluter Herr über seinen Körper; denn eine Zerstörung des Körpers würde ein Akt der ungerechtfertigten Besitzergreifung fremden Eigentums sein. Aus der Tatsache, daß der Mensch nicht absoluter Herr seines Lebens oder seines Körpers ist, folgt notwendigerweise, daß er auch ebenso nicht absoluter Herr eines Teils davon ist. Darf er also sein Leben, seinen Körper insgesamt nicht töten oder zerstören, so folgt daraus logischerweise, daß er denselben Körper auch nicht teilweise zerstören darf, durch Mutilation.

²⁷⁾ St. THOMAS (42), II - II, q. 64, a. 5

So sagt auch PIUS XII. sehr präzise: "Gott allein ist der Herr des Lebens und der Unversehrtheit des Menschen, Herr seiner Glieder, seiner Organe und seiner Fähigkeiten"²⁸⁾, und NOLDIN führt bei der Behandlung des V. Gebotes aus: "Soweit es negativ ist, verbietet es das ungerechte Töten seiner selbst oder eines anderen, und zweitens jede ungerechtfertigte Verletzung (Verwundung oder Verstümmelung) des eigenen oder fremden Lebens"²⁹⁾.

b) Der Mensch als Verwalter seines Lebens

Der Mensch ist also in der Tat nicht der absolute Besitzer seines Lebens, seines Körpers oder der Teile seines Leibes, und er kann darüber nicht, wie ihm beliebt, verfügen. Andererseits sind aber dem Menschen Leben und Körper zum Gebrauch übergeben; er ist damit Schützer, Bewahrer und Verwalter seines Lebens geworden; "... quia (homo) corporis sui custos et conservator est"³⁰⁾. Damit bekommt das V. Gebot auch eine positive Seite: "Soweit es positiv ist, befiehlt es die Erhaltung des Lebens"³¹⁾. Und nach MAUSBACH "ergibt sich die Pflicht, den Leib als Teil des Menschenwesens hochzuhalten, das Leben vor Verletzung und Gefährdung zu schützen"³²⁾. KELLY³³⁾ drückt das so aus: jeder Mensch ist von Gott eingesetzt zum Administrator seines eigenen Lebens und seiner Gesundheit, und LOHKAMP nennt den Menschen den Führer und Schützer ("guardian and custodian"³⁴⁾) seines Lebens und Körpers. Und wie es auch im Alltag mitunter nötig ist, einen Teil seines Besitzes zu opfern, um das Ganze zu retten, kann es für den Menschen notwendig und erlaubt sein, einen Teil seines Körpers zu opfern, ihn zu verstümmeln, um damit das Leben zu retten oder die körperliche Gesundheit zu bewahren. In einem solchen Fall nimmt sich der Mensch nicht ein Recht, das nur Gott gehört, vielmehr handelt er dann als

28) PIUS XII., Ansprache v. 21.5.1948 (37b), S. 7

29) NOLDIN (34), vol. II, S. 290. "... quatenus autem negativum est, prohibet primario quidem iniustam occisionem tum sui tum aliorum, secundario autem omnem iniustam laesionem (vulnerationem et mutilationem) vitae sive propriae sive alienae".

30) NOLDIN (34), vol II. n 328, S. 312

31) dto. S. 290. "Quatenus positivum est, praecipit vitae conservationem".

32) MAUSBACH (29), Bd. III, S. 217

33) KELLY (21), S. 36

34) LOHKAMP (27), S. 17

ein guter Verwalter ("is acting as a good steward"³⁵): er handelt dann nur zum Nutzen dessen, was ihm anvertraut ist³⁶). Er handelt im Einklang mit seiner natürlichen Vernunft, wenn er versucht, das Wohl des ganzen Körpers zu erhalten durch Opfern eines Teils, der das Ganze in Gefahr bringt. Denn unsere Vernunft sagt uns, daß es sicher Gottes Wille war, Seine Erlaubnis zu präsumieren, unseren Körper zu verstümmeln, wenn das notwendig für den Fortbestand des ganzen Körpers ist. Wenn eine solche Handlung mit unserer natürlichen Vernunft übereinstimmt, ist sie gut und notwendigerweise in Übereinstimmung mit dem Willen des Schöpfers.

c) Das Totalitätsprinzip

Aus diesen gesamten Betrachtungen kann folgender moraltheologischer Grundsatz, das Totalitätsprinzip formuliert werden: (1) "Aus dem Nur - Teil - Sein der Glieder in einem physischen Organismus folgt, daß man sie bis zur Vernichtung in den Dienst des Ganzen stellen darf, sofern es zu dessen Erhaltung nötig ist"³⁷); oder: (2) "Der Mensch darf seinen Körper nur soweit verstümmeln, als es für das Wohl des Ganzen nützlich oder notwendig ist, d. h. um Leben oder Gesundheit zu erhalten"³⁸); oder: "*Sui ipsius mutilatio per se graviter illicita est, nisi ad ipsam vitam conservandam sit necessaria ... et ideo potest (homo) ad totum corpus conservandum partem seu membrum ... abscindere ... Pars enim ordinatur ad totum, ideoque postponi debet bono totius*"³⁹). Es ist auf Grund dieses moralischen Prinzips unmittelbar evident, daß eine Verstümmelung (zumindest eine schwere), die nicht für das Wohl des ganzen Körpers nützlich oder notwendig ist, eine unerlaubte Handlung ist. Eine solche unerlaubte Mutilation ist in sich selbst schlecht, von Natur aus böse. Grundsätzlich ist die moralische Schlechtheit einer ungerechtfertigten Verstümmelung dieselbe wie die des Selbstmords; es liegt lediglich ein Gradunterschied vor. - Aus den Formulierungen des Totalitätsprinzips geht ebenso klar hervor, daß zu seiner gültigen Anwendung bestimmte Voraussetzungen erforderlich sind; deren fundamentalste ist die Klärung der

35) LOHKAMP (27), S. 17

36) s. IRIO (20), vol. II, n. 589, S. 342

37) MAUSBACH (29), Bd. III, S. 40

38) LOHKAMP (27), S. 17. "Man may licitly mutilate his body only in so far as this is expedient for the good of the whole, i. e. to preserve life or bodily health".

39) NOLDIN (34), vol. II, S. 290

quaestio facti: liegt überhaupt ein Teil-Ganzes-Verhältnis vor? Denn nur dann kann ein Teil dem Ganzen geopfert werden, wenn der Teil dem Ganzen untergeordnet ist und das Ganze im eigenen Interesse über den Teil disponieren kann. Ein solches echtes Teil-Ganzes-Verhältnis ist z.B. in einem physischen Organismus gegeben, nicht aber in dem Verhältnis von Einzelmensch zu Gemeinschaft. - Und letztlich geht aus dem oben- genannten Totalitätsprinzip hervor, daß die Ausdehnung und Schwere einer erlaubten Verstümmelung abhängt von der Größe der Gefahr für Leben und Gesundheit. Mit anderen Worten: eine Mutilation ist nur erlaubt, insoweit sie nötig ist für das Wohl des Ganzen. Es muß also ein entsprechend schwerer Grund (causa proportionate gravis) vorliegen, eine Verstümmelung zu rechtfertigen. Noch genauer: dieser entsprechend schwere Grund muß durch das Wohl des ganzen Körpers gegeben sein. Die Verletzung, die die Mutilation für den Körper bedeutet, darf nie größer sein als das daraus für das Ganze (für den Körper) gewonnene Gute. Der entscheidende Faktor, der eine Mutilation erlaubt oder unerlaubt macht, ist das Wohl des ganzen Körpers; die einzig wichtige Frage lautet also: "Ist dieser Eingriff nötig für die Erhaltung des Körpers oder der Gesundheit"?

III. Eingriffe zum Nutzen anderer

Grundsätzlich ist also das Totalitätsprinzip bzw. die Erhaltung der eigenen körperlichen Gesundheit der Rechtfertigungsgrund für jede Mutilation. Gleichwohl gibt es aber ärztliche Eingriffe, die als Mutilation im weitesten Sinne gelten können, die diese Rechtfertigung nicht für sich in Anspruch nehmen können: so sind z.B. Blut- oder Hautentnahmen zur Transfusion bzw. Verpflanzung auf einen fremden Empfänger für den Spender und seine Gesundheit keinesfalls notwendig, nicht einmal ohne weiteres nützlich, ja unter Umständen sogar gefährlich. Solche Art Mutilationen geschehen primär zum Nutzen anderer. Obwohl also das Totalitätsprinzip hier nicht angewendet werden kann, ist nach übereinstimmender Meinung der Moraltheologen die freiwillige Spendung von Blut oder Haut sittlich zulässig. (Dagegen ist die Erlaubtheit der Transplantation ganzer Organe wie Niere, Hornhaut oder Ovar noch Gegenstand heftigster theologischer Diskussionen). Die theologischen Gründe für die Zulässigkeit der obengenannten Eingriffe sind unterschiedlich: manche Autoren nennen die von selbst erfolgende Restauration von Blut oder Haut entscheidend für die sittliche Erlaubtheit. (Dieser Hinweis scheint nicht genügend, da dann

auch das grundlose Blutablassen gerechtfertigt wäre). Andere nennen als Rechtfertigungsgrund das Gesetz von der Nächstenliebe, nach dem der Nächste ein "Anderes Ich" ("another self") sei⁴⁰). Wie auch die theoretische Rechtfertigung sein mag, es erscheint klar, daß der Blut- und Hautspendung kein moralischer Grund entgegensteht⁴¹); sonst hätte wohl PIUS XII. in seiner Ansprache von 9.10.1948 die Blutspendung nicht als "Nachahmung der Liebe Christi"⁴²) bezeichnet.

IV. Eingriffe an den Fortpflanzungsorganen

Grundsätzlich gelten auch für ärztliche Eingriffe an den Fortpflanzungsorganen die oben dargelegten allgemeinen Prinzipien zur Beurteilung ihres sittlichen Charakters; es treten jedoch noch wichtige Umstände dazu, die sich aus der naturgegebenen Ordnung der Genitalorgane ergeben. Diese Organe befähigen den Menschen, beim Erschaffen neuen Lebens mitzuwirken, sie sind primär generative Organe und besitzen daher eine große soziale Bedeutung⁴³). Es ist also bei allen Eingriffen an den Genitalorganen besonders zu berücksichtigen, daß "die Sexualität neben ihrer Individualfunktion auch eine Sozialfunktion"⁴⁴) besitzt; die erstere ist auf die letztere hingeeordnet; somit gebührt der Sozialfunktion bei möglichen Interessenkollisionen der Vorrang. Daher gelten hier folgende Leitsätze⁴⁵): (1) "Jeder Eingriff, der dem Zweck des menschlichen Sexuallebens, der natürlichen Fortpflanzung, dient und ihr förderlich ist, hat die Vermutung der sittlichen Erlaubtheit für sich"; (2) "Jeder Eingriff, der dem Zweck der natürlichen Fortpflanzung widerstreitet, hat die Vermutung der sittlichen Unerlaubtheit gegen sich".

40) s. dazu: KELLY (21), S. 246 - 251, NOLDIN (34), vol. II, n. 328 und NIEDERMEYER (33c), S. 32 - 34

41) KELLY (21), S. 248

42) Berichtet nach KELLY (21), S. 338

43) LOHKAMP (27), S. 36

44) NIEDERMEYER (33c), S. 51

45) dto.

C. ALLGEMEINE BEURTEILUNG VON EINGRIFFEN BEI STERILITÄT

I. Problemstellung

Die ärztlichen Eingriffe, die zur Diagnose oder Therapie der Sterilität an den Probanden ausgeführt werden, sind als Mutilation (im weitesten Sinn) aufzufassen. Sie stellen zum Teil sogar ganz erhebliche Eingriffe dar. Sie dürften kaum als Eingriffe zum Nutzen anderer zu rechtfertigen sein; auch handelt es sich bei den Maßnahmen zur Bekämpfung ungewollter ehelicher Unfruchtbarkeit nicht im strengen Sinne um Eingriffe, die zur Erhaltung des Lebens oder der Gesundheit notwendig sind. Oder ist etwa Sterilität sozusagen eine Krankheit, die zur Anwendung des Totalitätsprinzips berechtigen könnte? Wie lautet die spezielle Rechtfertigung für solche Eingriffe, die ein mehr oder weniger großes Risiko einschließen? (Jede Operation ist ein Risikoeingriff, wenn auch heute der Prozentsatz der Letalität meist äußerst niedrig ist; immerhin wird hin und wieder vom tödlichen Ausgang etwa einer Persufflation berichtet). Darf der Arzt also einen Menschen der Gefahr einer Operation unterziehen, um bei ihm die Ursache der Sterilität zu diagnostizieren? Ist er berechtigt zu Eingriffen, die möglicherweise den gesamten Hormonhaushalt des Patienten durcheinanderbringen, um die Konzeptionsmöglichkeit oft nur um ein Geringes zu erhöhen?

II. Generelle Erlaubtheit

Wenn hier die generelle moralische Erlaubtheit der diagnostischen und therapeutischen Eingriffe bei Sterilität festgestellt werden soll, so ist zunächst zu betonen: es konnten in der gesamten Literatur, die sich von theologischer Seite mit diesen Problemen beschäftigt, keine Stellungnahmen gefunden werden, die diese generelle Erlaubtheit expressis verbis ausgesprochen hätten! Obwohl also die theoretische Rechtfertigung solcher ärztlichen Eingriffe an Hand der dargelegten allgemeinen moraltheologischen Beurteilung schwierig erscheint, taucht dieses Problem in der theologischen Literatur überhaupt nicht auf. Gleichwohl kann aber durch Schlußfolgerung indirekt auf die Erlaubtheit - zumindest auf deren höchste Wahrscheinlichkeit - geschlossen werden; dazu können zwei Überlegungen dienen: (1) Die Tatsache, daß von theologischer Seite auch nicht die grundsätzliche Unerlaubtheit der fraglichen Eingriffe festgestellt worden ist, kann

wohl als indirektes Beweismittel für das Gegenteil gewertet werden. KELLY sagt sogar z.B. von den Tests zur Erforschung der Sterilitätsursachen bei der Frau ausdrücklich, es sei unnötig, etwas Spezielles dazu zu sagen⁴⁶⁾. Auch NIEDERMEYER meint: "Vom Standpunkt der Moraltheologie ist zu den Problemen der Sterilität nur Weniges zu sagen"⁴⁷⁾, und das Wenige betreffe hauptsächlich die Samengewinnung und künstliche Besamung.

(2) Als zweiter indirekter Beweis dafür, daß Eingriffe bei Sterilität zumindest grundsätzlich nicht unerlaubt sind, kann angeführt werden, daß auch kosmetische Eingriffe, sog. "Schönheitsoperationen", erlaubt sein können⁴⁸⁾. Nach den allgemeinen Grundsätzen zur Beurteilung ärztlicher Eingriffe entbehren sie der theoretischen sittlichen Rechtfertigung. "Trotzdem kann die Frage der Zulässigkeit kosmetischer Eingriffe nicht a limine und unterscheidungslos negativ beantwortet werden"⁴⁹⁾. Auch KELLY stellt ausdrücklich fest, daß es keine moralischen Einwände gegen kosmetische Operationen gibt⁵⁰⁾. Sie müssen freilich durch einen entsprechend schwerwiegenden Grund (causa proportionate gravis) gerechtfertigt sein. Als solche Rechtfertigungsgründe für kosmetische Eingriffe nennt NIEDERMEYER: Beseitigung von körperlichen Beschwerden, von seelischem Druck, von Minderwertigkeitsgefühlen und Depressionszuständen⁵¹⁾. Sie dürften mutatis mutandis auch zur Rechtfertigung von Eingriffen bei Sterilität gelten.

Soweit es sich also bei den Eingriffen zur Diagnose oder Therapie von Sterilität um Maßnahmen handelt, die nicht ex objecto schlecht sind, können sie als generell erlaubt angesehen werden. Sie erhalten ihren sittlichen Charakter dann vor allem von dem Zweck, von der Absicht des Handelnden (finis operantis) und von den anderen Umständen. Vom Zweck ist nach NIEDERMEYER zu sagen: "Der angestrebte Zweck, eine vorher sterile Ehe fruchtbar zu gestalten, ist zweifellos ein guter"⁵²⁾. Die zur

46) KELLY (21), S. 218/219. "But since there seems to be absolutely no conflict between accepted medical practice and morality in these matters, it is unnecessary to say anything special on the matter".

47) NIEDERMEYER (33a), S. 145

48) PIUS XII., Ansprache v. 4.10.1958, (37c).

49) NIEDERMEYER (33c), S. 35

50) KELLY (21), S. 259. "there is no moral objection to such surgery".

51) NIEDERMEYER (33c), S. 36

52) dto. (33a), S. 145

Debatte stehenden Eingriffe sollen ja auch dem Zweck des menschlichen Sexuallebens, der natürlichen Fortpflanzung, dienen und haben so die Vermutung der sittlichen Erlaubtheit für sich⁵³⁾. Was ferner die Einwilligung des Patienten als Voraussetzung für die Rechtfertigung betrifft, so ist sie in jedem Fall als gegeben anzusehen; jeder Arzt kennt die psychologische Einstellung der Eheleute - besonders der Frau - zur Sterilität und den erforderlichen Eingriffen; die Kinderlosigkeit wird als ein besonders schweres Übel betrachtet, und die Probanden - vor allem die Frauen - geben ohne große Überlegungen, ohne Einschränkung die Einwilligung zu allen erforderlichen, auch schweren und gefährlichen Eingriffen.

53) s. Zweiter Abschnitt, B. IV

D r i t t e r A b s c h n i t t

STERILITÄTS-DIAGNOSTISCHE EINGRIFFE

A. STERILITÄTSDIAGNOSTIK BEIM MANN

I. Prüfung der Zeugungsfähigkeit des Mannes als medizinische Forderung

Die "Schuld" am Ausbleiben der Nachkommenschaft wird von den Männern oft allein der Frau zugeschoben; manche Frau wird von einem Arzt zum anderen geschickt, muß oft zahllose Untersuchungen und Behandlungen, ja selbst schwierige Operationen über sich ergehen lassen, ohne daß überhaupt die Zeugungsfähigkeit des Mannes untersucht worden wäre; dabei wäre oft beim Ehemann leicht die Erklärung für die Nichtkonzeption aufzudecken. "Keineswegs ist die *Potentia coeundi* des Mannes gleichbedeutend mit der *Potentia generandi*, wie die Eheleute oft annehmen" ¹⁾. Nun, die Eheleute können das nicht unbedingt wissen; aber ein Arzt sollte sich bewußt sein, daß eine Sterilitätsberatung stets eine Eheberatung sein sollte, und er sollte in diesem Sinne handeln, indem er seine Sterilitätsuntersuchungen auf beide Partner erstreckt. Selbst wenn es eine beim Tier nachgewiesene "maskuline Sterilität *sine materia*" ²⁾ auch beim Menschen geben sollte, ist doch die Prüfung der Zeugungsfähigkeit des Mannes in den meisten Fällen unbedingt angebracht. Die Forderung nach Prüfung der Zeugungsfähigkeit des Mannes ergibt sich schon von selbst aus der Tatsache, daß eben auch beim Manne die Ursache für die Nichterfüllung des Kinderwunsches liegen kann; diese Forderung muß umso mehr erhoben werden, als die Sterilitätsursachen sogar in ganz erheblichem Prozentsatz beim Ehemann liegen; die darüber gemachten Zahlenangaben sind allerdings ziemlich unterschiedlich: MARTIUS gibt bei 10 bis 20% der Fälle eine Fertilitätsstörung des Mannes ³⁾ an, SCHULTZE konnte unter 1200 Ehen

1) MARTIUS (123), S. 352; s. auch BERNHARD (53), S. 24

2) BAIER (48), S. 5/6. "Maskuline Sterilität *sine materia*" (besser: symptomlose Sterilität bzw. verminderte Fruchtbarkeitslage) bedeutet etwa: männliche Unfruchtbarkeit trotz einwandfreier physiologischer Gegebenheiten.

3) MARTIUS (123), S. 361

nur in 11% eine Infertilität des Mannes aufdecken⁴⁾, JOEL ermittelte 20 bis 29%⁵⁾, JOHANSSON fand bei 658 untersuchten sterilen Ehen 27,5% sterile Ehemänner, (weitere 56,1% nennt er noch subfertil⁶⁾), nach LEEB sind mindestens 30% der sterilen Ehen auf eine männliche Ursache zurückzuführen⁷⁾, BICKENBACH - DÖRING geben den Anteil der beim Manne liegenden Sterilitätsursachen mit 35 bis 40% an⁸⁾, nach der Erfahrung von SCHIRREN ist der Prozentsatz von 40 bis 50% für eine Infertilität des Mannes nicht zu hoch gegriffen⁹⁾ und McCORMICK konnte in 54% bei 646 Fällen eine Mitbeteiligung des Mannes feststellen¹⁰⁾. Bei allen Autoren herrscht uneingeschränkte Übereinstimmung über die Notwendigkeit, die Zeugungsfähigkeit des Mannes in einer sterilen Ehe zu prüfen. DOEPFMER stellt die Forderung auf: "Bei dringendem Kinderwunsch sollte daher eine andrologische Untersuchung bereits ein halbes Jahr nach Ausbleiben einer Konzeption vorgenommen werden". Er verweist dabei auf die hohe Wahrscheinlichkeit einer Konzeption innerhalb kürzester Zeit bei fertilen Männern¹¹⁾. So wie die Berücksichtigung grundlegender ehelicher Verhaltensweisen vor schwierigen und gefährlichen Eingriffen gefordert werden muß¹²⁾, so sollte auch eine tiefergreifende Diagnostik (und Therapie) der Sterilität bei der Ehefrau erst dann durchgeführt werden, wenn eine sterilitätsbedingende Ursache beim Mann nicht in Frage kommt¹³⁾. Es wird auch heute übereinstimmend als Kunstfehler angesehen, wenn man in die Behandlung einer Sterilität eintritt ohne vorherige Untersuchung der Zeugungsfähigkeit des Mannes¹⁴⁾.

4) SCHULTZE (165), S. 6

5) JOEL (102)

6) JOHANSSON (105), S. 63 - Unter Subfertilität versteht er: "impairment of fertility due to organic factors that render conception difficult", dto. S. 19

7) LEEB (116), S. 36

8) BICKENBACH - DÖRING (55), S. 5

9) SCHIRREN (162), S. 7

10) McCORMICK (127), S. 55

11) DOEPFMER (70), S. 16

12) s. Vierter Abschnitt A. I.

13) FIKENTSCHER (76), S. 214

14) NIEDERMEYER (33a), S. 160

II. Prüfung der Zeugungsfähigkeit des Mannes als moralische Forderung

Die Notwendigkeit, die Zeugungsfähigkeit des Mannes vor schwierigen und gefährlichen Eingriffen bei der Ehefrau zu prüfen, ergibt sich auch von Gesichtspunkten der Moral. Wenn wir einmal die generelle Erlaubtheit von Eingriffen bei Sterilität unterstellen¹⁵⁾, so kann die Beurteilung des Einzelfalles doch sehr wesentlich durch besondere Umstände beeinflusst werden: Wenn also die inzwischen bekannte Tatsache, daß die beim Mann liegenden Sterilitätsursachen einen erheblichen Prozentsatz ausmachen, außer Acht gelassen wird und so aus Nachlässigkeit z.B. ein schwerwiegender Eingriff bei der Frau unternommen wird, so wäre er ohne entsprechende Indikation, ohne genügende Begründung, ohne ratio proportionate gravis: er wäre ohne einen entsprechend schwerwiegenden Grund vorgenommen und so ein leichtfertiger Eingriff; dieser Umstand könnte für die Unerlaubtheit eines unter anderen Umständen berechtigten und erlaubten Eingriffes ausschlaggebend sein¹⁶⁾. Wenn dazu ein solch leichtfertiger Eingriff nicht nur aus Nachlässigkeit, sondern sogar noch aus Gewinnsucht (sordidi lucri causa) ausgeführt würde, wäre das für die sittliche Unerlaubtheit ein besonders schwerwiegender Umstand (circumstantia aggravans).

III. Erforderliche Untersuchungen

Vorbemerkung:

Auch bei der Erörterung der unter Umständen erforderlichen Untersuchungsmethoden innerhalb der Sterilitätsdiagnostik beim Mann genügt es im Rahmen unserer Arbeit, nur die wichtigsten zu nennen, deren Wichtigkeit durch einige Beispiele zu erläutern und gegebenenfalls auf ihre Gefährlichkeit sowie auf besondere, für die moralische Beurteilung entscheidende Umstände hinzuweisen. (Das Gleiche gilt auch für die Sterilitätsdiagnostik bei der Frau sowie auch für die Erörterung der notwendigen therapeutischen Eingriffe bei Mann und Frau).

15) s. Zweiter Abschnitt, C. II.

16) NIEDERMEYER (33b), S. 33/34 und
NIEDERMEYER (33c), S. 1, 4

1. Anamnese

Wie bei jeder medizinischen Untersuchung ist auch bei der Diagnostik der Sterilitätsursachen beim Mann die Erhebung der Anamnese nützlich und nötig; sie kann manchmal schon die eigentliche Sterilitätsursache aufdecken oder doch wertvolle Hinweise dazu liefern: (1) das Alter: Verminderung der sexuellen Potenz; (2) der Beruf: stärkere und längere Wärmeeinwirkungen, Strahlenfolgen; (3) Allgemeinerkrankungen, frühere Operationen (Leistenhernie), langdauernde physische und psychische Belastungen; (4) die besonders wichtige Sexualanamnese: venerische Infektionen, Störungen der Erektion oder Ejakulation, Kohabitationsgewohnheiten (frühere Anwendung kontraceptiver Maßnahmen, lange geübter Coitus interruptus, Häufigkeit und Termine der Kohabitation).

2. Körperliche Untersuchungen

Nach einer sorgfältig aufgenommenen Anamnese ist eine körperliche Untersuchung notwendig zur Kontrolle des Allgemeinzustandes und der Genitalorgane; dadurch können oft entscheidende Hinweise gewonnen werden; (1) durch Inspektion: Magersucht, Zeichen einer Schilddrüsenstörung, feminine Schambehaarung, eunuchoider Habitus, Mißbildungen des äußeren Genitale, (2) durch Palpation: Lage, Konsistenz und Empfindlichkeit der Hoden, Verdickungen der Nebenhoden (frühere Entzündungsvorgänge), Größe und Konsistenz der Prostata.

3. Ejakulatuntersuchung

Für die Beurteilung der Zeugungsfähigkeit des Mannes spielen die Ergebnisse der Ejakulatuntersuchung die entscheidende Rolle, vor allem, weil sie einwandfreie Sterilitätsursachen aufzudecken vermögen bei Männern, die sonst völlig gesund erscheinen, deren Kohabitationsfähigkeit nichts zu wünschen übrig läßt oder bei denen durch keine andere Untersuchungsmethode die Zeugungsunfähigkeit nachgewiesen werden kann. -

Die Ejakulatuntersuchung umfaßt die morphologische und die biochemische Untersuchung.

a) die morphologische

Zur morphologischen Ejakulatuntersuchung gehören mehrere Einzelergebnisse: pH-Bestimmung, Ejakulatmenge, Konsistenz, Geruch, Farbe und als wich-

tigste die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung: Vorhandensein von Spermatozoen, Zahl der Spermatozoen pro ml Ejakulatflüssigkeit, Form der Spermatozoen (normalkonfigurierte und pathologische Formen), Vorhandensein von (unreifen) Zellen der Spermiogenese, Prozentzahl normal-konfigurierter Samenfäden und deren Beweglichkeit. Die Ergebnisse der morphologischen Ejakulatsuntersuchung führen z.B. zu folgenden Diagnosen¹⁷⁾: (1) Normospermie (mehr als 60 Millionen Spermien pro ml Ejakulat und mehr als 70 % Motilität der normalkongifurierten Spermatozoen); (2) Oligospermie (entsprechend: 40 Millionen Spermien/ml, 40 % Motilität); (3) Hypokinesie (mehr als 60 Millionen Spermien/ml, weniger als 50 % Motilität); (4) Nekrospermie (alle Spermien unbeweglich); (5) Azospermie (Fehlen von Spermatozoen) und (6) Aspermie (Fehlen von Spermatozoen und Spermiogenesenzellen). Manche dieser Diagnosen lassen den Schluß zu, daß die Sterilitätsursache sicher (oder doch höchstwahrscheinlich) beim Mann zu suchen ist, oder daß der Mann mit Wahrscheinlichkeit als fertil anzusehen ist; jedoch mehr in negativer Hinsicht: Eine mehrmals gefundene Azospermie oder Nekrospermie läßt sicher eine Zeugungsunfähigkeit des Mannes annehmen, während eine Normospermie nicht unbedingt die Garantie für die Zeugungsfähigkeit darstellt.

b) die biochemische

Zur biochemischen Ejakulatuntersuchung gehören ebenso mehrere Einzelergebnisse: unter anderem die Bestimmung der Fructose, Hyaluronidase, Phosphatase, Fruktolyse und Eiweißfraktionen im Spermaplasma; diese Ergebnisse sind deswegen oft von entscheidender Wichtigkeit für die Beurteilung der Zeugungsfähigkeit des Mannes, weil es Störungen der männlichen Fruchtbarkeit gibt, bei denen z.B. auf Grund der morphologischen Untersuchung eine Normospermie vorliegt; ohne Kenntnis der biochemischen Untersuchungsergebnisse würde man also einen solchen Befund als normal ansprechen; nur ein Absinken z.B. des Fructosespiegels im Spermaliquor¹⁸⁾ läßt den Grund für die Nichtkonzeption erkennen. - Die biochemische Ejakulatuntersuchung ist im allgemeinen noch keine Routineuntersuchung in der Praxis, sie ist noch mehr eine Sache der Forschung; doch macht unter anderem SCHIRREN auf ihre (noch nicht genügend bekannte) Wichtigkeit aufmerksam: "... muß für jede sachgerechte Fertilitätsuntersu-

17) nach SCHIRREN (162), S. 12

18) SCHIRREN (162), S. 22 - 39

chung eine biochemische Analyse des Spermaplasmas gefordert werden" 19).

4. Hodenbiopsie

Die Hodenbiopsie dient zur Erfassung von Art und Ausmaß eines Hodenschadens durch die direkte mikroskopische Kontrolle des Hodengewebes (aus beiden Hoden! 20); sie vermittelt Einblick in den Funktionszustand einer ganzen Anzahl von Tubuli und deren Zwischengewebe (LEYDIG-Zellen!) und hat heute fast allgemein die schmerzhafte und diagnostisch wertlosere Hodenpunktion abgelöst. Eine Hodenbiopsie ist in der Regel notwendig bei wiederholt gefundenen Azoospermien oder hochgradigen Oligospermien, bei gegebenen Anhaltspunkten für eine endokrine Insuffizienz der Hoden, aber auch wenn aus dem Ejakulat auf Grund der morphologischen Untersuchung keine klare Diagnose über die tubuläre Funktion der Testes möglich ist. DOEPFMER fordert sogar, die Indikation zur Hodenbiopsie nicht zu eng zu stellen; nach ihm leiden 60 bis 70% aller infertilen oder subfertilen Männer an einem primären Hodenschaden, bei dem außer den Tubulusveränderungen keine sonstigen organpathologischen Veränderungen nachweisbar sind 21). Die Ergebnisse der Hodenbiopsie sind oft für die Diagnosestellung der Sterilitätsursachen entscheidend: z.B. deutet (bei einer mehrmals gefundenen Azoospermie) eine normale Spermiogenese in unveränderten Hodenkanälchen und normalem Zwischengewebe auf einen Verschuß der ableitenden Samenwege hin, während der Befund einer sklerosierenden Tubulusdegeneration (etwa beim KLINEFELTER-Syndrom) jede weitere Behandlung (der Sterilität) natürlich sinnlos macht: der Schaden ist irreparabel. - Die Hodenbiopsie ist als ein chirurgischer Eingriff zu betrachten, der nur stationär vorgenommen werden sollte; seine Gefährlosigkeit ist jedoch heute allgemein anerkannt 22).

5. Röntgenologische Samenwegdarstellung

Eine röntgenologische Samenwegdarstellung der ableitenden Samenwege in Form einer Vesikulo- und Epididymographie erfaßt angeborene oder erwor-

19) SCHIRREN (162), S. 26

20) VASTERLING (185), S. 135 und
DOEPFMER (70), S. 9

21) dto. (70), S. 9

22) SCHIRREN (162), S. 16, VASTERLING (185), S. 135

bene Veränderungen der Nebenhoden, Samenleiter und der Samenblasen; ihre Ergebnisse führen z. B. zu der Feststellung einer Aplasie (infolge kongenitaler Mißbildung) oder eines umschriebenen Verschlusses (infolge Entzündung oder Trauma). Beide Feststellungen sind für die Prognose völlig unterschiedlich und unter Umständen entscheidend für die weitere Behandlung.

B. MORALTHEOLOGISCHE BEURTEILUNG DER UNTERSUCHUNGSMETHODEN

I. Untersuchungen ohne besondere moralische Aspekte

Mit Ausnahme der Ejakulatuntersuchung, deren moraltheologische Beurteilung unten gesondert behandelt wird, scheinen alle übrigen Untersuchungsmethoden der Sterilitätsdiagnostik beim Mann ohne besondere moralische Gesichtspunkte zu sein; es konnten dazu keine Stellungnahmen des kirchlichen Lehramtes oder namhafter Moraltheologen gefunden werden. Wir können deshalb ihre grundsätzliche sittliche Erlaubtheit annehmen. Ihre Unsittlichkeit könnte sich für den Einzelfall nur aus besonderen Umständen (Indenz, Leichtfertigkeit) ergeben.

II. Spezielle Beurteilung der Ejakulatuntersuchungen

Vorbemerkungen:

Zunächst sei folgendes vorausgeschickt: (1) Statt "Ejakulatuntersuchung" findet man in der Literatur sehr häufig den Ausdruck "Spermauntersuchung"; dieser Terminus ist jedoch nicht korrekt; denn vor der mikroskopischen Untersuchung der Ejakulatflüssigkeit ist es nicht erwiesen, ob es sich dabei tatsächlich um Sperma handelt; erst das Vorhandensein von Spermien oder besser von Spermatozoen, von reifen Samenfäden also, berechtigt eigentlich zum Gebrauch des Begriffes Sperma. - (2) Es sei ferner darauf hingewiesen, daß an sich nicht die Ejakulatuntersuchung, also die Untersuchung als solche Gegenstand unserer Frage nach der Moralität ist; die Untersuchung als ärztliche, labortechnische Methode ist moralisch indifferent; die Frage nach der sittlichen Erlaubtheit berührt nur die Art der Gewinnung des Ejakulats. Wir müssen also zunächst die verschiedenen Methoden zur Ejakulatgewinnung zusammenstellen.

1. Die verschiedenen Gewinnungsmethoden und ihre diagnostische Aussagekraft

Die Autoren, die sich mit den Problemen der Ejakulatuntersuchung befassen, beschreiben bzw. bevorzugen verschiedene Methoden zur Gewinnung des Ejakulats; eine Einteilung dieser Methoden ergibt sich nach dem Gesichtspunkt, ob die Gewinnung des Ejakulats an einen Sexualakt gebunden ist oder nicht, d.h. ob zu seiner Gewinnung der volle Gebrauch der männlichen sexuellen Fähigkeit ("stimulating the orgasmic processes"²³) notwendiges Mittel ist oder nicht.

a) Methoden ohne Sexualakt

Als Methoden, bei denen die zu untersuchende Ejakulatflüssigkeit ohne einen Sexualakt gewonnen wird, findet man genannt oder beschrieben: (1) Hodenpunktion²⁴; sie ist äußerst schmerzhaft und diagnostisch wertlos; das gewonnene Substrat enthält fast nur unreife Spermienformen (Spermitiden); selbst eine negative Punktion ist kein Beweis für eine Azoospermie. (2) Punktion des Nebenhodenschwanzes²⁵; in der Cauda epididymis finden sich zwar normalerweise massenhaft reife Samenfäden; doch ist auch der diagnostische Wert dieser Methode gering; es fehlen die Sekrete der accessorischen Geschlechtsdrüsen (wichtig für biochemische Ejakulatuntersuchung!) und damit die durch sie hervorgerufene Aktivierung der Spermien (daher Diagnose einer "Nekropermie" unmöglich!); außerdem kann die Punktion auch bei einem Verschuß der ableitenden Samenwege positiv ausfallen. (3) Massage und Expression der Prostata bzw. Samenblasen²⁶; auch bei dieser Gewinnungsmethode ist die diagnostische Aussagekraft äußerst gering, ihre Befunde sind für die Beurteilung der Zeugungsfähigkeit nicht zu verwerten; auch hierbei ist ein negatives Ergebnis kein schlüssiger Beweis für eine vorliegende Azoospermie. (4) Gewinnung mit Siebkatheter²⁷; diese Methode ist nach STIASNY

23) KELLY (21), S. 223

24) STIASNY (176), S. 74, VASTERLING (185), S. 66,
NIEDERMEYER (33a), S. 169, 173

25) VASTERLING (185), S. 66, NIEDERMEYER (33a), S. 169, 172

26) STIASNY (176), S. 74, VASTERLING (185), S. 66,
NIEDERMEYER (33a), S. 169, 172

27) STIASNY (176), S. 75

diagnostisch verwertbar, auch ihr negatives Ergebnis. (5) Elektrophysikalische Methode²⁸⁾ (*per modum irritationis electricae*); sie sei hier nur anhangsweise erwähnt, da sie bisher beim Menschen noch nicht angewendet worden ist; es ist jedoch nicht zu bezweifeln, daß diese in der Tierzucht schon seit längerer Zeit angewandte Methode zur Gewinnung des Sperma (es wird dabei durch rhythmische Stromstöße das Ejakulationszentrum gereizt) auch beim Menschen praktisch anwendbar wäre; ob diese Methode mit sexueller Erregung, mit Erektion und Orgasmus verbunden ist, darüber konnten keine Angaben gefunden werden; (in dem Fall wäre es eine wichtige moraltheologische Frage, ob diese Methode unter die Gewinnungsmethoden ohne Sexualakt eingereiht werden könnte!); hinsichtlich der diagnostischen Aussagekraft kann darauf hingewiesen werden, daß durch diese Methode ein vollwertiges Ejakulat gewonnen wird.

b) Methoden mit Sexualakt

Als Methoden zur Ejakulatgewinnung, die sich dazu der Betätigung der geschlechtlichen Fähigkeit bedienen, finden wir folgende angeführt: (1) Masturbation, auch (und richtiger! ²⁹⁾) Ipsation oder *pollutio procurata* oder *pollutio voluntaria* genannt; man versteht darunter die künstliche Reizung des äußeren Genitale bis zur Samenergießung; (häufig findet man Masturbation fälschlich mit Onanie gleichgesetzt ³⁰⁾); die Masturbation wird als Gewinnungsmethode des Samens von allen für diagnostisch verwertbar gehalten, von den meisten sogar als die sauberste, einfachste, sicherste und beste Methode bevorzugt. (2) *Coitus condomatus*; darunter wird ein "regelrecht" ausgeführter *Congressus* verstanden, bei dem jedoch der sich ergießende Samen durch einen über den Penis gestülpten Condom aufgefangen wird; auch diese Methode wird ebenfalls von allen Autoren für diagnostisch wertvoll gehalten (allerdings nicht bei Verwendung handelsüblicher Condome, da diese spermizide Substanzen enthalten); von DOEPFMER wird der *Coitus condomatus* (bei Verwendung besonders präparierter Condome) als beste

28) NEUMANN (134), S. 125, VASTERLING (185), S. 66,
NIEDERMEYER (33a), S. 169/170

29) STELZENBERGER (41), S. 107, FUCHS (13), S. 47,
NIEDERMEYER (33d), S. 230

30) Onanie (Onanismus) kommt von ONAN, Gen 38, 8 - 10, der einen *Coitus interruptus* (*peccatum Onan*) betreibt; sinngemäß sind mit Onanismus alle Arten von Geburtenverhütung gemeint: "*Onanismus dicitur copula ita peracta, ut ex semine effuso generatio sequi non possit*". NOLDIN (34), I, c.n.72.

Methode befürwortet³¹⁾. (3) Coitus interruptus (oder onanisticus und reservatus): Die Gewinnung des Samens durch Auffangen vom vorzeitig zurückgezogenen membrum virile; dieser Methode gibt JOHANSSON³²⁾ den Vorzug, doch SCHIRREN³³⁾ bezeichnet sie als "Ausweg" bei Unmöglichkeit der Gewinnung durch Masturbation. (4) Schließlich gilt als mögliche Gewinnungsmethode die Samenentnahme aus der Vagina nach einer Copula perfecta, also nach regelrechter ehelicher Kohabitation; von NIEDERMEYER³⁴⁾ wird dazu noch die Variation angegeben, daß der Proband nach der Copula und der retractio membri das letzte dem Orificium glandis noch anhaftende oder aus der Urethra austreifbare Tröpfchen Sperma auf einen Objekträger bringt. Zur diagnostischen Verwertbarkeit ist zu sagen: das nach einer Copula perfecta gewonnene Substrat ermöglicht lediglich die morphologische Ejakulatuntersuchung, und innerhalb dieser auch nur die mikroskopische Untersuchung des Samens. Außerdem ist darauf hinzuweisen, daß bei einer Entnahme des Ejakulats aus der Scheide eine Schädigung der Spermien durch das acide Vaginalsekret anzunehmen ist und so eine Beurteilung der Motilität der Sperma tozoen fraglich erscheint.

2. Moralische Beurteilung der genannten Methoden

Bei der Feststellung der Moralität der Ejakulatgewinnungsmethoden können wir unterscheiden zwischen (a) moralisch einwandfreien und (b) unmoralischen Methoden³⁵⁾:

a) moralisch einwandfreie

Vom Standpunkt der katholischen Sittenlehre sind zunächst alle Gewinnungsmethoden zu vertreten, die keinen Sexualakt erfordern; (die elektrophysikalische Methode nimmt dabei eine Ausnahmestellung ein, worauf oben schon hingewiesen wurde³⁶⁾; eine Hodenpunktion z.B. ist offenbar

31) DOEPFMER (70), S. 9

32) JOHANSSON (105), S. 32

33) SCHIRREN (162), S. 9

34) NIEDERMEYER (33a), S. 168

35) Manche Autoren kennen noch "wahrscheinlich erlaubte" Gewinnungsmethoden: gegen die einige Moraltheologen Bedenken erheben; sie dürfen aber auch angewandt werden, solange sie nicht als sicher unerlaubt gelten, s. KELLY (21), S. 222 und FUCHS (13), S. 131/132

36) s. Dritter Abschnitt B, II, 1, a.

ex obiecto moralisch indifferent; sie bekommt ihren sittlichen Charakter von den Umständen, insbesondere von dem Zweck, dem *finis operantis*; da die Umstände im vorliegenden Fall durchaus einwandfrei sind (oder doch wenigstens sein können), sind alle Methoden, durch die der Samen ohne Sexualakt gewonnen werden kann, moralisch zu vertreten: "Erlaubt scheint also zu sein die Gewinnung des Samens durch Punktion der Nebenhoden, durch Massage der Samenblasen und etwaige andere Arten von Handlungen, bei denen keine Betätigung der Geschlechtsfähigkeit (*nulla actuatio facultatis sexualis*) Platz greift"³⁷⁾. - Die betreffenden Methoden haben aber - bisher - alle nur einen geringen diagnostischen Wert und fallen deshalb für die Praxis weg. - Moralisch einwandfrei vom Standpunkt der katholischen Sittenlehre ist es außerdem, wenn die zu untersuchende Ejakulatflüssigkeit nach einer *Copula perfecta*, d.h. nach einer regelrechten ehelichen Kohabitation gewonnen wird³⁸⁾. Das ist die einzige moralisch zulässige Art der Ejakulatgewinnung, wenn das Mittel dazu ein Sexualakt ist³⁹⁾; wichtig dabei ist, daß der natürliche Akt nicht seiner natürlichen Kraft beraubt wird ("*si actus naturalis non privatur vi sua naturali*"⁴⁰⁾). - Freilich wird in dem Fall von den meisten Autoren die diagnostische Aussagekraft als nur gering veranschlagt.

Zu den in der Anmerkung 35) schon erwähnten wahrscheinlich erlaubten Gewinnungsmethoden ("*probabiliter licitas*") ist auch der Vorschlag von C. THIBERGHINI zu rechnen, das Ejakulat während des regelrechten ehelichen Congressus mittels Spezialkondom (*condom perforatum*) aufzufangen; manche Autoren betrachten einen Verkehr mit einem solchen perforierten Condom - wegen der theoretischen Möglichkeit einer natürlichen Befruchtung - in der Ganzheit des hier Geschehenden nicht als *contra naturam*, sondern als anomalen Vollzug bei anomalen Verhältnissen; es gehe ja nicht um eine *Defraudatio*. Siehe dazu FUCHS (13) S. 134. F. BÖCKLE will solche Fragen mehr in den "großen Sinnzusammenhang der ehelichen und geschlechtlichen Liebe" gestellt wissen, um ihre Bedeutung zu erkennen. (F. BÖCKLE: *Insemination, Sterilisation und moderne Methoden*

37) FUCHS (13), S. 131

38) NIEDERMEYER (33a), S. 174

39) FUCHS nennt sie (nur) "wahrscheinlich erlaubt" (*probabiliter licitas*), (13), S. 132

40) FUCHS (13), S. 131

41) dto. (13), S. 62

der Geburtenkontrolle" in: Studien und Berichte der katholischen Akademie in Bayern, Heft 20, Würzburg 1963, S. 114).

b) unmoralische Methoden

Wir können generell feststellen, daß alle übrigen Methoden der Ejakulatgewinnung vom Standpunkt der katholischen Sittenlehre unerlaubt sind. Sie alle - Masturbation, Coitus interruptus und Coitus condomatus - werden als "modi modo naturali contrarii⁴¹⁾" bezeichnet; sie lassen den zu untersuchenden männlichen Samen durch einen Sexualakt gewinnen, der eine nicht natürliche Betätigung der Geschlechtskraft darstellt und unerlaubt ist: "Illicita est omnis actio non naturalis facultatis sexualis qua sperma obtineatur"⁴²⁾.

aa) Begründung der Sittenwidrigkeit

Die Sittenwidrigkeit der genannten Methoden der Ejakulatgewinnung mit Hilfe eines Sexualaktes ergibt sich aus der Verletzung der sittlichen Norm für die Geschlechtsbetätigung; diese sittliche Norm (norma moralis pro actione sexuali⁴³⁾) leitet sich her aus der Natur und der Zwecksetzung der Geschlechtsbetätigung (fluit ex natura et finalitate actionis sexualis⁴⁴⁾); sie umfaßt eine dreifache Bedingung: (1) Die "Potenz" der Personen, (2) den Ehestand und (3) die naturgemäße Art der Betätigung. In unserem Zusammenhang ist nur die dritte Bedingung von Wichtigkeit: die natürliche (oder naturgemäße) Art der Betätigung (modus naturalis actus); die "Natur" nun, nach der die Rechtmäßigkeit des Aktes beurteilt wird, ist das "verstandesmäßig erfaßte Wesen der Geschlechtsfähigkeit und Geschlechtsbetätigung selbst" (ipsa essentia facultatis et actus sexualis, intellectu perspecta⁴⁵⁾), die ihrem Wesen nach hingeordnet sind auf Zeugung von Nachkommenschaft ("actio sexualis ex sese ordinata est in generationem proles"⁴⁶⁾); die Geschlechtsbetätigung ist in ihren grundlegenden biologischen Elementen ein "an sich schöpferischer Akt" (actus per se procreativus⁴⁷⁾) und hat also zum natürlichen Zweck (finis operis!)

42) FUCHS (13), S. 132

43) dto. S. 34

44) dto. S. 34

45) dto. S. 31

46) dto. S. 31

47) dto. S. 33

die Zeugung (von Nachkommenschaft); es ist jedoch zu beachten, daß die Geschlechtsbetätigung nur eine unzureichende Ursache der Zeugung ist: damit nämlich eine Zeugung erfolgt, muß mit ihr als einem menschlichen Werk (*opus hominis*) das Werk der Natur (*opus naturae*), eine ebenfalls unzureichende Ursache einhergehen; daraus ergibt sich: die natürlich vollzogene Betätigung muß ihrem Wesen, ihrer Natur nach (soweit sie *opus hominis* ist) lediglich ein zur Zeugung geeigneter Akt sein ("*actus per se aptus ad generationem proles*"⁴⁸⁾); denn dem Menschen ist der Akt anvertraut, nicht die Zeugung selbst. Damit nun der *modus naturalis actus* gewährleistet ist, (damit also der Akt der "potenten" Eheleute in sich zur Zeugung geeignet ist,) muß der eheliche Akt folgende Elemente umfassen: "(1) Es ist ein Partner (der Vereinigung) erforderlich, (2) - derselben Gattung, (3) - vom anderen Geschlecht, (4) - in einer physisch naturgesetzlichen (natürlichen) Vereinigung, (5) - und zwar einer vollständigen, was Akt und Wirkung angeht" ("*(1) Requiritur compars (unionis), (2) - eiusdem speciei, (3) - diversi sexus, (4) - in unione physice naturali, (5) - et completa quoad actum et effectum*"⁴⁹⁾). Bei den als unmoralisch bezeichneten Methoden fehlt aber zumindest eines dieser Elemente: (1) bei der *pollutio voluntaria* der erforderliche Partner, (2) bei dem *Coitus interruptus* und beim *Coitus condomatus* fehlt das fünfte notwendige Element: die Vereinigung ist in Akt und Wirkung nicht vollständig: es findet während der Vereinigung keine Samenergießung in die Vagina statt ("*unio dicitur completa actu, si depositio spermatis fit, durante unione, in vagina*"⁵⁰⁾) bzw. es wird nicht ermöglicht, daß sich die Leistung der Natur (*opus naturae*) der Vereinigung anschließt ("*unio dicitur completa effectu, si unioni ... iungi permittitur opus naturae*"⁵¹⁾). So ergibt sich, daß bei den unmoralischen Gewinnungsmethoden die geschlechtliche Betätigung nach der Art, wie sie geschieht, an sich nicht geeignet ist zur Zeugung, vielmehr raubt die so vollzogene Betätigung dem Akt seine natürliche Ordnung und Kraft (das *opus naturae* einzuleiten): sie ist ein Mißbrauch der Naturanlage ("*actuatio alio modo peracta actum privat naturali sua ordinatione et vi: est abusus facultatis*"⁵²⁾);

48) FUCHS (13), S. 32 und can 1081, § 2, CIC

49) dto. S. 46/47

50) dto. S. 60

51) dto., s.a. NIEDERMEYER (33a), S. 144

52) FUCHS (13), S. 35

die betreffenden Methoden haben etwas Gemeinsames: die Unnatur der Betätigung durch die Verhinderung der Zwecksetzung und die Umkehrung der Ordnung ("elementum commune est innaturalitas actuationis, impediens finalitates"; "perversio ordinis"⁵³), ebenso wie bei der Lüge als der verkehrten Anwendung eines Aktes, der an sich bestimmt ist, anderen die eigene Meinung mitzuteilen ("similiter ac in mendacio ut positione perversa actus ex sese ordinati in communicationem propriae mentis aliis"⁵⁴). Somit sind alle so gearteten Betätigungen der Geschlechtskraft Sünden "gegen die Natur" (unde omnia haec peccata sunt "contra naturam"⁵⁵), sie sind eine res in se (intrinsece, ex obiecto) mala⁵⁶ und daher durch keinen noch so guten Zweck zu rechtfertigen: non sunt facienda mala, ut eveniant bona.

bb) Stellungnahmen des kirchlichen Lehramtes

Die Unerlaubtheit der Methoden, bei denen die Samengewinnung auf dem Wege eines Coitus interruptus (onanisticus) oder eines Coitus condomatus erfolgt, geht aus einer Entscheidung der S. Poenitentiaria vom 19.4.1853 (mittelbar) hervor: "An usus matrimonii imperfectus sive onanistice sive condomistice fiat, prout in casu, sit licitus? - Resp.: Negative, est enim intrinsece malus"⁵⁷). - Zur Frage der Ejakulatgewinnung per modum pollutionis für eine ärztliche Untersuchung hat die Congregatio Sancti Officii⁵⁸ am 24.7.1929 ausdrücklich, und zwar ablehnend, Stellung genommen (es handelte sich bei der Anfrage um eine Untersuchung zur Feststellung von Gonococcen): "Utrum licita sit masturbatio directe procurata, ut obtineatur sperma ...? - Resp.: Negative!"⁵⁹). Von größtem Gewicht sind auch die unsere Frage betreffenden Lehren der Enzyklika "Casti connubii", in der alle absichtlichen Versuche, den Geschlechtsakt seiner natürlichen Zeugungskraft (naturali sua procreandi vi⁶⁰) zu entheben, als schwere Sünden ("contra naturam") gegen das Naturge-

53) FUCHS (13), S. 47, 42

54) dto. S. 42

55) dto. S. 47

56) NIEDERMEYER (33a), S. 174

57) nach NIEDERMEYER (33a), S. 178

58) Die höchste Kurialbehörde in Glaubens- und Sittenfragen.

59) AAS 21, 1929, S. 490

60) PIUS XI. (36), S. 1067

setz bezeichnet werden⁶¹⁾. Auch PIUS XII. hat in mehreren Allokutionen die betreffenden Methoden verurteilt: in seiner Ansprache an die Hebammen vom 29.10.1951⁶²⁾, in der Ansprache an einen Urologenkongreß vom 8.10.1953⁶³⁾ und zuletzt in seiner Ansprache vom 19.5.1956 an die Teilnehmer des Zweiten Weltkongresses über Sterilität und Infertilität⁶⁴⁾; hieraus seien zum Abschluß die wichtigsten Stellen angeführt:

"... Die Beschaffung des menschlichen Samens durch Masturbation ist unmittelbar auf nichts anderes ausgerichtet als auf die volle Betätigung der natürlichen Zeugungsfähigkeit des Menschen. Diese volle Betätigung stellt, außerhalb des ehelichen Aktes vorgenommen, einen direkten und unzulässigen Gebrauch dieser Fähigkeit dar. In diesem so gestalteten unberechtigten Gebrauch der Naturfähigkeit ist eigentlich die innere Verletzung der Sittenordnung gelegen. ... Kraft des Naturgesetzes aber kommt dem Menschen das Recht und die Vollmacht zur vollen, unmittelbar angestrebten Ausübung der Geschlechtskraft nur zu, wenn er den ehelichen Akt der Vorschrift gemäß vollzieht, welche die Natur selbst aufgestellt hat. Außerhalb dieses natürlichen Aktes gibt es nicht einmal in der Ehe selbst das Recht, die Geschlechtskraft voll zu gebrauchen. ... Dadurch nun, daß der volle Gebrauch der Zeugungskraft unabdingbar durch den ehelichen Gattenakt umschrieben wird, ist sie ihrem Wesen nach imstande, den natürlichen Zweck der Ehe voll zu erreichen, der ja nicht allein in der Zeugung, sondern auch in der Erziehung der Nachkommen besteht. Deshalb bleibt auch ihre Ausübung mit dem genannten Ziel verknüpft. ... Die Masturbation entbehrt also jeglicher Berechtigung und widerspricht den Gesetzen der Natur und der Sittlichkeit, auch wenn sie an sich berechtigten und einwandfreien Zielen dienen sollte. Was bisher über die innere Unsittlichkeit jeglichen vollen Gebrauchs der Zeugungsfähigkeit außerhalb des ehelichen Aktes gesagt wurde, gilt gleichermaßen für Verheiratete und Unverheiratete, ob nun die volle Betätigung der Sexualorgane vom Mann oder der Frau oder von beiden zusammen vorgenommen wird, ob sie durch Manipulation oder durch Unterbrechung des Gattenaktes geschieht: immer handelt es sich um einen naturwidrigen und in sich unsittlichen Akt (*haec enim semper est actus naturae contrarius atque intrinsece malus*)".

61) D (9), 2239 und FUCHS (13), S. 66

62) AAS 43, 1951, S. 835

63) AAS 45, 1953, S. 673

64) AAS 48, 1956, S. 472

C. STERILITÄTSDIAGNOSTIK BEI DER FRAU

I. Erforderliche Untersuchungen

1. Anamnese

Es kann hier im wesentlichen auf das zurückverwiesen werden, was zur Erhebung der Anamnese innerhalb der Sterilitätsdiagnostik beim Mann gesagt worden ist. Ergänzend sei noch auf die Wichtigkeit der Fragen nach eventuellen Dysmenorrhöen, nach früheren Schwangerschaften und Geburten sowie speziell nach fieberhaften Fehlgeburten und (kriminellen⁶⁵⁾ Aborten hingewiesen: dadurch können unter Umständen entscheidende Hinweise auf Ovarialinsuffizienzen oder Tubenverschlüsse gewonnen werden.

2. Körperliche Untersuchung

Die Bemerkungen zur körperlichen Untersuchung bei der Sterilitätsdiagnostik des Mannes gelten mutatis mutandis natürlich auch hier; es sei noch die Wichtigkeit speziell der gynäkologischen Untersuchung unterstrichen: die Befunde z.B. einer Hypoplasia genitalis (Muldendamm, flaches Scheidengewölbe, Kleinheit und Linksverschiebung des Uterus), eines alten Zervixrisses, eines Uterus myomatosus oder schmerzhafter und tastbarer Tuben können schon die Diagnose der Sterilitätsursachen sicherstellen oder doch wahrscheinlich machen.

3. Eingriffe der "kleinen Gynäkologie"

Im Rahmen der körperlichen, speziell der gynäkologischen Untersuchung werden oft Eingriffe der sog. "kleinen Gynäkologie" als sterilitätsdiagnostische Maßnahme vorgenommen⁶⁶⁾; dazu gehören z.B. (1) Sondierung des Cervikalkanals und des Cavum uteri: sie können Hinweise geben auf Lageanomalien, Stenosen, Atresien und Tumoren; (2) Entnahmen von Cervikalschleim und Vaginalsekret: sie können erforderlich sein für den

65) Nach fieberhaften kriminellen Aborten wurde früher die Rate der darauffolgenden Sterilitäten mit 80% angegeben: BICKENBACH - DÖRING (55), S. 44; s. auch MARTIUS (123), S. 355, BERNHARD (53), S. 87/88 und SCHULTZE (164).

66) Es wird ihnen z.T. sogar therapeutischer Wert beigemessen.

SIMS-HUHNER-Test⁶⁷⁾ (post-coital-test) und zur Beurteilung der Zyklusphase oder der hormonalen Verhältnisse (indirekte Kontrolle der Ovarialfunktion); (3) Abrasio (zur Endometriumbiopsie): sie kann nötig sein zur Erfassung pathologischer Veränderungen des Endometriums und zur Funktionsdiagnostik der Gebärmutter Schleimhaut (ebenfalls als ((indirekte) Ovarialfunktionsprüfung⁶⁸⁾).

4. Persufflation und Hysterosalpingographie

Die Persufflation (mit Luft, neuerdings besser mit O₂ oder CO₂ und graphischer Druckregistrierung⁶⁹⁾) und die Hysterosalpingographie nehmen als Methoden der aufsteigenden Perturbation zur Prüfung der (organischen) Durchgängigkeit der Tuben (die allerdings nicht nur Transportwege für die Gameten sind!) eine wesentliche Stellung innerhalb der Sterilitätsdiagnostik der Frau ein. (Von allen Autoren wird auch ihr zum Teil großer therapeutischer Wert unterstrichen⁷⁰⁾). Die Wichtigkeit dieser Methoden erhellt aus der Häufigkeit des Tubenfaktors als Sterilitätsursache⁷¹⁾ sowie aus den entscheidenden Befunden, die durch sie erhoben werden können: Verschluß der Eileiter (speziell ampulläre Verschlüsse und peritubare Abdeckungen) sowie Lage und Form des Uterus (Mißbildungen, Polypen). - Bei diesen Untersuchungsmethoden ist zu betonen, daß sie von fast allen Autoren als intrauterine, ja sogar als intraabdominelle Eingriffe angesehen werden, die nicht ganz ungefährlich sind (und deshalb nur stationär und mit strengster Indikationsstellung vorgenommen werden sollten); als mögliche Komplikation werden genannt: Luftembolie, Perforation, Verschleppung von Infektionen (kann zu iatrogenen Sterilität führen) und Zerstörung einer unbemerkten jungen Schwangerschaft.

67) Der SIMS-HUHNER-Test kann auch zur Diagnose von Sterilitätsursachen beim Mann dienlich sein.

68) Auch die sehr wichtige Basaltemperaturmessung ist eine indirekte Ovarialfunktionsprüfung.

69) RUBIN (159); Universal-Pertubationsgerät nach FIKENTSCHER und SEMM.

70) MARTIUS (123), S. 366 (in 31 % der Fälle); FIKENTSCHER (76), S. 214 und (80), S. 803, RUBIN (158), S. 621

71) Nach FIKENTSCHER steht der Tubenfaktor an erster Stelle, nach BICKENBACH - DÖRING macht er 35 % der weiblichen Sterilitätsursachen aus.

5. Operative Eingriffe

In dieser Gruppe sind alle direkten visuellen Beobachtungsmethoden zur Beurteilung der Tuben und ihrer Umgebung zusammenzufassen: also jede Art von Kuldoskopie (Douglasskopie, Fotodouglasskopie, transvaginale Pelviskopie, Laparoskopie) und die (Probe-)Laparotomie; sie sind neuerdings durch die Untersuchungen von DOYLE, PALMER, DECKER u.a. stark in den Vordergrund getreten und können oft (bei Versagen aller anderen diagnostischen Versuche) Klärung bei Sterilitätsfällen unbekannter Genese bringen; außerdem führen ihre Befunde oft zur Einengung der Indikationsstellung von sog. Sterilitätsoperationen und damit zur Vermeidung unnötiger und nutzloser Laparotomien. - Ihre Gefährlichkeit ergibt sich schon daraus, daß sie erhebliche chirurgische Eingriffe darstellen, bei denen auch von allen Autoren strengste Indikationsstellung gefordert wird.

II. Moralische Beurteilung

Die genannten Untersuchungsmethoden der Sterilitätsdiagnostik bei der Frau sind offenbar ohne besondere moraltheologische Gesichtspunkte: es konnten dazu keine Stellungnahmen des kirchlichen Lehramtes oder namhafter Theologen gefunden werden. KELLY sagt sogar ausdrücklich⁷²⁾: "Es ist unnötig, dazu etwas Spezielles zu sagen". Wir können deshalb die grundsätzliche sittliche Erlaubtheit dieser Methoden zur Diagnose von Sterilitätsursachen bei der Frau annehmen. Ihre Unsittlichkeit ergäbe sich für den Einzelfall lediglich aus besonderen Umständen (Unterlassung vorheriger Untersuchung des Mannes und fahrlässige Zerstörung einer jungen Schwangerschaft).

72) KELLY (21), S. 218/219: "It is accepted as good medical practice to perform the various tests only in such a way that no harm will be done to the patients and at such a time that there will be no interference with a possible pregnancy. A moralist would also emphasize these two points in the determining the licitness of the tests. But since there seems to be absolutely no conflict between accepted medical practice and morality in these matters, it is unnecessary to say anything special on the matter".

V i e r t e r A b s c h n i t t

S T E R I L I T Ä T S - T H E R A P E U T I S C H E E I N G R I F F E

A. B E R A T U N G D E R E H E G A T T E N

Vorbemerkung:

Zur Behandlung einer ungewollt unfruchtbaren Ehe gehört im weitesten Sinne auch die Beratung der Ehegatten. Sie kann sogar in manchen Fällen die einzig notwendige Form der Behandlung darstellen.

I. W i c h t i g k e i t d e r E h e b e r a t u n g

Bei der Behandlung einer Sterilität ist nicht nur dem einzelnen Ehepartner, sondern stets der kinderlosen Ehe das Augenmerk zu schenken. Dieser Grundsatz gilt heute wohl allgemein als berechtigt. Man hat das früher nicht gewußt oder doch wenigstens nicht berücksichtigt, und auch heute wird in der Praxis noch vielfach das Problem der Sterilität dadurch zu lösen versucht, daß man lediglich jeden Partner für sich auf mögliche körperlich faßbare Sterilitätsursachen untersucht; das mag ein Schema verdeutlichen, in dem die Untersuchung der Probanden aufgezeigt ist, wie sie auch heute noch in der Praxis vielfach geübt wird ¹⁾:

♀
Anamnese allgemeine
gynäkologische
(Zyklus)
Allgemeiner Befund
Gynäkologischer Befund
Palpation
Spekulum-Untersuchung
Durchgängigkeitsprüfung der Eileiter
Bakteriologie

Abb.2

♂
Anamnese allgemeine
spezielle
Allgemeiner Befund
Genital-Befund
Inspektion
Prüfung des Spermas auf
Zahl, Form und Beweglichkeit
Bakteriologie

1) Nach FIKENTSCHER (77), S. 214

Wir wollen dem das Schema²⁾ einer modernen Sterilitätsbehandlung entgegenhalten; hier werden die wichtigsten Gesichtspunkte aufgezeigt für den "Aufbau" einer Sterilitätsberatung, welche die neuen Erkenntnisse auf diesem Gebiet berücksichtigt.

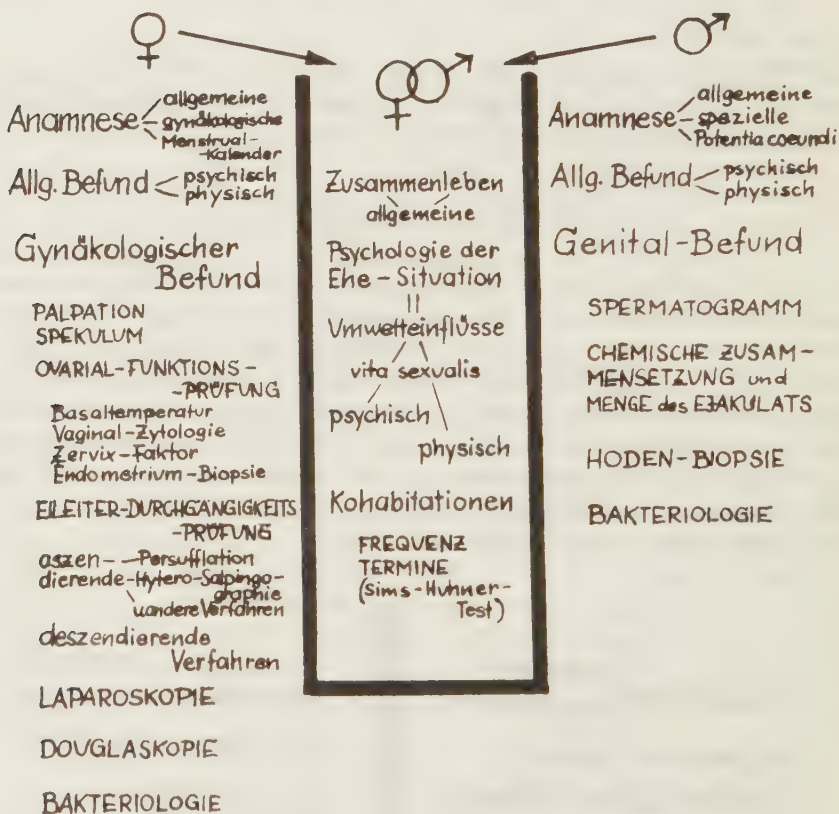


Abb. 3

2) Nach FIKENTSCHER (77), S. 215

Verglichen mit diesem Gang einer modernen Sterilitätsbehandlung kann die Untersuchung der Probanden, wie sie das erste Schema zeigt, nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben, also nicht befriedigen. Das liegt nicht so sehr darin begründet, daß dabei nicht alle neuesten Untersuchungsmethoden zur Durchführung gelangen; vielmehr ist das wesentlich Neue an der modernen Sterilitätsbehandlung, daß die beiden Partner in ihrer Beziehung zum anderen berücksichtigt werden und ihr gemeinschaftliches Eheleben ebenfalls der Prüfung unterzogen wird. Man weiß heute, daß "normale" physiologische Voraussetzungen bei den einzelnen Partnern noch keine Garantie für eine Konzeption darstellen und daß "grundlegende, häufig einfachste, jedoch für eine Konzeption entscheidende Verhaltensweisen einer ehelichen Gemeinsamkeit"³⁾ Berücksichtigung finden müssen. Damit ist nicht zuerst oder ausschließlich die *vita sexualis*, das rein sexuelle Zusammenleben gemeint, sondern in gleichem Maße die äußere und innere Situation und Harmonie der betreffenden Ehe im allgemeinen; der Arzt, der diese Gesichtspunkte in seiner Sterilitätsbehandlung berücksichtigt, wird erfahren, wie vielfältig und oft folgenschwer die eine Empfängnis störenden Faktoren im Zusammenleben der Eheleute sind: (1) Manchmal ergibt die Aussprache, daß die Eheleute aus Ängstlichkeit oder Unerfahrenheit den ehelichen Verkehr noch nicht regelrecht ausgeführt haben und überhaupt noch keine *Immissio penis* stattgefunden hat⁴⁾; (2) manchmal liegt die Ursache einer Sterilität in zu seltenen oder zu häufigen Kohabitationen sowie in falschen Vorstellungen über das Konzeptionsoptimum⁵⁾; (3) mitunter ist die Kinderlosigkeit durch körperliche oder geistige Überanstrengung oder andere gesundheitliche Faktoren der Eheleute verursacht, und (4) sehr häufig ist es die allgemeine psychologische Situation einer Ehe (beeinträchtigtes Einvernehmen der Eheleute untereinander oder mit anderen Familienmitgliedern), die ganz ausschließlich für die Sterilität verantwortlich sein kann⁶⁾. Manche Autoren berichten, daß oft beim Mann oder (besonders) bei der Frau eingreifende, wiederholte und sehr spezielle Maßnahmen zur Sterilitätsbehebung getroffen worden sind, ohne daß grundle-

3) FIKENTSCHER (76), S. 214

4) MARTIUS (123), S. 359; DICKINSON fand unter den 1000 untersuchten, mehrjährig verheirateten Frauen noch 18 *virgines*. (67).

5) BICKENBACH - DÖRING (55), S. 60, BERNHARD (53), S. 152, MARTIUS (123), S. 367

6) FIKENTSCHER (76), S. 214

gende Verhaltensweisen der Eheleute Berücksichtigung fanden⁷⁾. Demgegenüber sollte es auch für die Praxis als strenge Regel gelten, daß vor tiefgreifenden und gefährvollen (diagnostischen und) therapeutischen Eingriffen die grundsätzlichen Störmomente im Zusammenleben der Eheleute ausgeschlossen oder behoben sind (sofern nicht die erste Untersuchung schon eine körperliche Ursache für die Nichtkonzeption erkennen läßt). Die Wichtigkeit dieses Grundsatzes unterstreicht die Mitteilung von BUXTON und SOUTHAM und von GREENHILL, daß in ihrem großen Krankengut von einigen tausend Fällen nach einer eingehenden Sterilitätsberatung in 46% eine Konzeption erfolgte⁸⁾. Auch ein bekanntes Beispiel aus der Geschichte mag die Wichtigkeit der Berücksichtigung einfachster ehelicher Verhaltensweisen zeigen, nämlich der (vielleicht) erfolgreiche Ratschlag des Arztes van SWIETEN gegen die anfänglich befürchtete Sterilität bei Kaiserin Maria Theresia: "Censeo ante coitum clitoridem Sacratissimae Majestatis diutius esse titillandam"⁹⁾.

II. Moralische Gesichtspunkte

Es ist nicht nur von medizinisch-ärztlicher Sicht, sondern auch von ethisch-moralischen Grundsätzen aus zu fordern, daß die Behandlung einer sterilen Ehe - sinngemäß gehören dazu auch eingreifende diagnostische Maßnahmen - mit einfachsten Mitteln begonnen werden muß¹⁰⁾, also gegebenenfalls mit einer eingehenden Beratung, um überflüssige und zwecklose und damit leichtfertige Eingriffe zu vermeiden. - Andererseits kann die Beratung etwa hinsichtlich des sexuellen Zusammenlebens (periodische Sterilität der Frau, Änderungen des situs in copula, vorbereitendes "Liebesspiel" etc.) moralisch verwerfliche Formen annehmen, die der Sanierung der Ehe eher schadet als nützt, sofern sie nämlich - mit den Worten der Enzyklika "Casti connubii"¹¹⁾ - mehr dazu verführt, "schlau zu sündigen". Soweit die entsprechenden Ratschläge lediglich der Verbesserung der Konzeptionsbedingungen dienen, werden sie in sich moralisch erlaubt sein¹²⁾. Eine Verletzung

7) MARTIUS (123), S. 352, FIKENTSCHER (76), S. 214

8) BUXTON - Southam (62); berichtet nach FIKENTSCHER (76), S. 218

9) Zitiert nach NIEDERMEYER (33a), S. 105

10) NIEDERMEYER (33a), S. 127/128

11) PIUS XI., AAS 22, 1930, S. 561

12) NOLDIN (34), De VI. praecepto et de usu matrimonii, n. 70, S. 73, NIEDERMEYER (33a), S. 145, FUCHS (13), S. 98/99

des sittlich Erlaubten kann auch hier durch besondere Umstände gegeben sein, die im Einzelfall geprüft werden müßten.

B. THERAPEUTISCHE EINGRIFFE BEIM MANN

I. Erforderliche Maßnahmen

Bei der Behandlung des fertilitätsgestörten Mannes, deren Erfolge als wenig ermutigend beurteilt werden, kommen hauptsächlich drei Therapieformen in Anwendung¹³⁾:

1. Hormonale Behandlung

Bei der hormonalen Behandlung ist z. B. zu nennen: die vielfach geübte Hormontherapie mit Gonadotropinen (hauptsächlich FSH) und Androgenen (Testosteron); darunter fallen die hochdosierte Testosteronbehandlung der Oligospermie zur Erzielung des Rebound-Phänomens, die niederdosierte Testosterongabe bei Normospermie mit postpuberaler LEYDIG-Zell-Insuffizienz zur Normalisierung der Fructosewerte und die kombinierte Serumgonadotropin-Testosteron-Behandlung der Oligospermie zur Aktivierung der Spermiogenese. Während die letztgenannte Behandlungsform offenbar zur Verbesserung der morphologischen Ejakulatbefunde führt, ohne gleichzeitige Schäden an den Tubuli seminiferi¹⁴⁾, warnen verschiedene Autoren vor jeder hochdosierten Testosterongabe wegen der Möglichkeit irreparabler Schädigung der Tubuli¹⁵⁾. Die Hormontherapie erfordert mit besonderer Dringlichkeit eine vorherige genaue Diagnose: "blind" ausgeführt, kann sie zu äußerst unerwünschten Ergebnissen führen; vor allem gilt sie bei Män-

13) Die unter Umständen notwendige Behandlung von Allgemeinerkrankungen, soweit sie als Sterilitätsursachen in Betracht kommen, brauchen hier (wie auch bei der Sterilitätstherapie der Frau) nicht berücksichtigt zu werden. Es handelt sich ja nicht speziell um sterilitätstherapeutische Eingriffe; andererseits versteht es sich von selbst, daß das Grundleiden behandelt wird.

14) SCHIRREN (162), S. 91

15) DOEPFMER (70), S. 17, SCHIRREN (162), S. 83, 91,
VASTERLING (185), S. 181

nern mit normaler Hodenfunktion als streng kontraindiziert¹⁶⁾. Die Hormontherapie ist als nicht unerheblicher Eingriff in den gesamten empfindlichen Hormonhaushalt anzusehen, und ihre Auswirkungen dürften noch kaum genügend erforscht sein.

2. Operative Eingriffe

Chirurgisches Vorgehen ist bei manchen Sterilitätsursachen die einzig mögliche Therapie, so z. B. bei Hypo- und Epispadie, bei hochgradigen Phimosen, bei Hydrozelen und Varikozelen; ebenso ist ein mechanisches Hindernis in den ableitenden Samenwegen nur operativ zu beseitigen (Samenleiter-Samenleiter-Anastomosen und Samenleiter-Nebenhoden-Anastomosen). - Die Erfolge sind natürlich abhängig vom Grad der Mißbildung bzw. von der Lokalisation und Ausdehnung der Samenleiterobliteration; außerdem ist darauf hinzuweisen, daß solche operativen Eingriffe nur sinnvoll sein können bei normaler Tubulusfunktion: es muß auch hier eine vorherige genaue Diagnose gefordert werden.

3. Psychotherapie

Eine psychotherapeutische Behandlung wird bei allen psychisch bedingten Sterilitätsursachen gefordert; so wäre z. B. bei psychogener Potenzschwäche eine alleinige hormonale Behandlung nicht entsprechend. Auch hier wird wieder die Wichtigkeit einer exakten Diagnose deutlich.

II. Moralische Beurteilung

Zur Frage der sittlichen Erlaubtheit oder Unerlaubtheit der genannten therapeutischen Maßnahmen liegen keine speziellen, ausdrücklichen Stellungnahmen namhafter katholischer Moraltheologen vor. Ihre sittliche Beurteilung müßte also im Einzelfall durch die Würdigung der besonderen Umstände erfolgen: mögliche Schädigung des Patienten, ungenügende Diagnose, Leichtfertigkeit des Eingriffs und die Gefährlichkeit der Operation bzw. ihre Erfolgsaussichten.

16) VASTERLING (185), S. 183

C. THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN BEI DER FRAU

I. Erforderliche Eingriffe

1. Konservative Behandlung

In dieser Gruppe therapeutischer Maßnahmen zur Behebung von sterilitätsbedingenden Faktoren sind alle konservativen Behandlungsformen zusammenzufassen, deren sich der Arzt zunächst bedient und die nur wenig einschneidend (jedoch oft sehr erfolgreich) sind: Wärmezufuhr, Bädertherapie, Kurzwellenbestrahlung und Diathermie; mit ihrer Hilfe kann die Temperatur in bestimmten Körperregionen beeinflußt und dadurch eine umschriebene Hyperämie hervorgerufen werden; auf diese Weise können manchmal mit Erfolg (nicht lange zurückliegende) entzündliche Prozesse im kleinen Becken sowie Genitalhypoplasien behandelt werden.

2. Hormontherapie

Eine künstliche Hormonzufuhr zur Bekämpfung von weiblichen Sterilitätsursachen gilt bei den verschiedensten Formen ovarieller Dysfunktion als indiziert; z. B. eine kombinierte Verabreichung von Oestrogenen und Gestagenen zur Hervorrufung einer künstlichen Pseudogravidität als Therapie der Hypoplasia uteri, ferner eine medikamentöse Ovulationsauslösung mit gonadotropen Hormonen bei anovulatorischen Zyklen oder eine hormonale (substituierende) Behandlung einer relativen Corpus-Luteum-Insuffizienz. - Die Hormontherapie ist in vielen Fällen erfolgversprechend; sie erfordert jedoch eine strenge Auswahl der geeigneten Fälle und eine zweckmäßige Dosierung mittels genauer Diagnosestellung: eine Hormonbehandlung ist natürlich aussichtslos bei uteriner Amenorrhoe oder einer Anlagestörung der Ovarien, ebenfalls kann durch unsystematisch und zu hoch dosierte Verabfolgung von Hormonen der Patientin schwerer Schaden zugefügt werden (Gefahr der Zyklusstörung, Einwirkung auf Stoffwechsel, Hormonhaushalt und Psyche).

3. Operative Eingriffe

Die für notwendig erachteten chirurgischen Eingriffe innerhalb der Sterilitätstherapie der Frau sind mannigfaltig und zum Teil sehr tiefgreifend. Es kommen hier z. B. in Betracht: (1) bei vaginalen Sterilitätsursachen: die

Inzision eines rigiden Hymens, plastische Beseitigung von Scheidenstrikturen oder gar die Bildung einer künstlichen Vagina¹⁷⁾; (2) bei zervikalen Ursachen: die operative Korrektur von Zervixrissen und klaffendem Muttermund oder eine plastische Operation bei einer Insuffizienz des Orificium uteri internum; (3) bei uterinen Ursachen: die STRASSMANN'sche Operation bei Mißbildungen (Doppelbildungen) des Uterus, die Myomenuklation, die Behebung von Lageanomalien sowie die Transplantation von Endometriumstückchen bei uteriner Amenorrhoe; (4) bei tubaren Ursachen: die pertubierenden Verfahren als Anfang eines eventuell nötigen operativen Vorgehens, ferner die zahlreichen (per Laparotomiam durchzuführenden) Methoden zur Wiederherstellung der Tubendurchgängigkeit oder -beweglichkeit (Entfernung eines mechanischen Verschlusses, narbiger Verziehungen und peritubarer Adhäsionen: also Salpingolysis, Salpingostomatoplastik, Salpingostomie, Tubenanastomosenbildung, Salpingo-Uteroanastomosenbildung¹⁸⁾, Tubenimplantation und Transplantation des Ovars) und (5) bei ovariellen Ursachen: die Entfernung von Ovarialtumoren und die doppelseitige Keilexcision beim STEIN-LEVENTHAL-Syndrom. ~ Manche der genannten Operationsverfahren weisen eine günstige Erfolgsstatistik auf: so gibt MARTIUS für die Salpingolysis eine Erfolgsquote von über 50 % an¹⁹⁾; andere Methoden jedoch werden als sehr wenig aussichtsreich (quoad conceptionem) beurteilt. Es ist in diesem Zusammenhang auch hinzuweisen auf das mit den Verfahren verbundene Gefahrenmoment der Operation: sicher steht es oft nicht in einem tragbaren Verhältnis zu dem zu erwartenden Erfolg.

4. Psychotherapie

Dieser Behandlungsform sind alle psychisch bedingten Sterilitätsfälle zuzuführen. Damit sind nicht nur die Fälle gemeint, denen ein schwerer seelischer Konflikt zugrundeliegt und die einem geschulten Psychotherapeuten übergeben werden müßten; leichtere psychogene Störungen der Fertilität

17) Wird unten gesondert besprochen, Seite 61

18) Tubenanastomosenbildungen, speziell die End-zu-End-Vereinigungen werden neuerdings öfter bei der Refertilisierung (zwangsweise) sterilisierter Frauen durchgeführt. Sie zeitigen gute Erfolge, wohl deshalb, weil es sich dabei um ursprünglich gesunde Tuben handelt.

19) MARTIUS (123), S. 366

lassen sich mit dem psychologischen Rüstzeug wirksam bekämpfen, über das jeder richtige Arzt verfügen sollte; oft handelt es sich "nur" um Ausschaltung von Vorurteilen, um Richtigstellung irriger Vorstellungen vom Zeugungs- und Geburtsvorgang oder um Lösung von Verkrampfungen (etwa des "krampfhaft" gesteigerten Wunsches, unter allen Umständen und möglichst bald ein Kind zu bekommen). - Bei dieser Form der Behandlung wird die Wichtigkeit der Persönlichkeit des Arztes besonders deutlich: oft genügt zur Überwindung der (leichteren) seelischen Fehlhaltungen schon ein echtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin.

5. Künstliche Besamung

Diese sterilitätstherapeutische Maßnahme wird unten gesondert behandelt, Seite 63.

II. Moralische Beurteilung solcher Eingriffe ohne spezielle Gesichtspunkte

Mit Ausnahme der künstlichen Besamung und der Bildung einer Vagina artificialis scheinen alle genannten Eingriffe ohne spezielle moralische Aspekte zu sein; es liegen dazu keine lehramtlichen Stellungnahmen vor; auch konnten keine Äußerungen namhafter Moraltheologen dazu gefunden werden. Man kann deshalb grundsätzlich ihre sittliche Erlaubtheit annehmen. Auch hier ergibt sich die eventuelle Unerlaubtheit aus den besonderen Umständen des Einzelfalles.

D. BEURTEILUNG VON EINGRIFFEN MIT BESONDEREN MORALISCHEN ASPEKTEN

I. Bildung einer Vagina artificialis

1. Medizinische Gesichtspunkte

Von medizinischen Autoren wird die Indikation zur Schaffung einer künstlichen Scheide als gegeben angesehen: (1) bei Aplasie oder Agenesie der Scheide, also bei ihrem vollständigen primären Fehlen, sowie (2) bei Atresie der Scheide, also bei sekundären Scheidenverschlüssen infolge nar-

biger Verwachsungen oder entzündlicher Verklebungen (nach Verletzungen, Verätzungen, Infektionen oder Aphthenbildung). Als Gründe für die Indikationsstellung werden angeführt: die Gefahren von Seiten der Hämatokolpos (bzw. Hämatometra und Hämatosalpinx), die Unmöglichkeit einer Konzeption und auch die Unfähigkeit zur Kohabitation. Es sind für die künstliche Herstellung einer Scheide verschiedene Operationsverfahren angegeben worden; die wichtigsten und gebräuchlichsten können - nach dem zur Auskleidung des künstlichen Tunnels verwendeten Material - als "Dickdarm-", "Hautlappen-", "Epidermis-" und "Eihautmethode" bezeichnet werden. Über Erfolge einer solchen künstlichen Bildung einer Scheide konnten u. a. berichten: WAGNER²⁰⁾, der bei Scheidenatresie infolge einer schweren Verletzung eine Vagina artificialis anlegte, durch die drei gesunde Kinder geboren wurden, dann SCHUBERT²¹⁾, der schon die Bildung eines reinen Kohabitationsorgans als Erfolg ("Rettung der Ehe") bucht, und neuerlich FAUVET²²⁾, der ebenfalls mit der Schaffung einer künstlichen Scheide vollen Erfolg hatte, indem durch sie nicht nur eine Konzeption, sondern auch eine Spontangeburt erfolgte. - Soweit es sich um die Bildung einer Vagina artificialis bei Aplasien handelt, können sie nicht im eigentlichen Sinne als Sterilitätsoperation angesehen werden, weil Scheidenaplasien meistens mit mehr oder weniger hochgradiger Aplasie oder Funktionsuntüchtigkeit des inneren Genitale verbunden sind.

2. Moralische Beurteilung

Zur moralischen Beurteilung der Bildung einer künstlichen Scheide darf man - entsprechend der übergeordneten Sozialfunktion der Sexualorgane - nie ausschließlich vom individualistischen Standpunkt ausgehen. Selbstverständlich ist bei normal funktionierenden inneren Geschlechtsorganen schon wegen der (tödlichen) Gefahren durch den gestörten Abfluß des Menstrualblutes ein entsprechender Eingriff nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten; außerdem kann zwar unter Umständen dem mit einer solchen Mißbildung behafteten Individuum das Bewußtsein der Minderwertigkeit durch (Wieder-) Herstellung eines Kohabitationsorgans genommen werden. Doch müssen zumindest bei anlagemäßigen Defekten der Vagina vom Standpunkt der Moralthologie bzw. des kanonischen Rechts zwei Gesichtspunkte ins Feld geführt werden: (1) solche anlagemäßigen Mißbildungen - besonders der Genitalorgane! - beruhen auf einer durch Anlagestörung oder Keimschädi-

20) WAGNER (188)

gung bedingten Hemmung in der Embryonalentwicklung, die als schwere Degenerationszeichen zu werten und meistens mit einer Schädigung der Erbanlage verbunden sind. Hierbei ist also die Aussicht auf "Erfolg" solcher operativer Korrekturen durch die ernste Gefahr einer Erbschädigung des Kindes getrübt. Man sollte nicht mit allen Mitteln künstlich eine Fortpflanzung erzwingen, wo sie die Natur zu wehren scheint. Dieser eugenische Gesichtspunkt gilt in diesem Fall durchaus, wenn auch andererseits z. B. eine Sterilisation aus eugenischen Gründen von der katholischen Moral abgelehnt wird. - (2) Solche Hemmungsmissbildungen bedingen das *impedimentum impotentiae*; die mit solch schweren erblichen Missbildungen behafteten Frauen sind zur Ehe objektiv ungeeignet; eine etwaige "Ehe" solcher Geschöpfe ist nach kanonischem Recht null und nichtig; es fehlt an der Möglichkeit einer *consummatio matrimonii*; zum natürlichen Ehevollzug fehlt das *vas debitum*; ein Geschlechtsakt, der z. B. in einem künstlich implantierten Darmblindsack ausgeführt wird, kann kein *fieri unam carnem* sein²³⁾. - Die Bildung einer *Vagina artificialis* scheint also nur gerechtfertigt, wenn sie die Erfüllung des primären Ehezweckes, der *procreatio prolis*, ermöglichen kann; dazu gibt es drei Voraussetzungen: (1) die inneren Genitalorgane müssen normal funktionieren, (2) der äußere Defekt muß sekundär sein oder (3) der angeborene Schaden darf nicht so hochgradig sein, daß von der Anlage einer Scheide überhaupt nicht gesprochen werden kann.

II. Inseminatio artificialis

Vorbemerkungen:

Die moralische Beurteilung der artifiziellen Insemination soll hier unter dem Kapitel der "therapeutischen Maßnahmen bei der Frau" abgehandelt werden; die Insemination wird auch an der Frau vorgenommen, doch wird die Indikation dazu meistens von Seiten des Mannes gestellt. Ferner ist vorzuschicken, daß bei der Beurteilung der künstlichen Insemination auch die Methode der Samengewinnung eine Rolle spielt; es kann hierbei jedoch auf das obige Kapitel verwiesen werden, welches sich mit dieser Frage befaßt²⁴⁾.

21) Berichtet nach NIEDERMEYER (33c), S. 96

22) FAUVET (75)

23) Erster Abschnitt, A, III, 2

24) Dritter Abschnitt, B, II

1. Definition und Geschichtliches

Zunächst sei klargelegt, was unter der Inseminatio artificialis verstanden werden muß. Häufig findet man (noch) als deutsche Übersetzung den Ausdruck "künstliche Befruchtung"; dieser Begriff ist irreführend und nicht korrekt; denn die Befruchtung, d.h. die "Vereinigung einer Eizelle (Ovulum) mit einer Samenzelle (Spermium) zur befruchteten Eizelle (Zygote)"²⁵⁾ geschieht auch bei der Inseminatio artificialis nicht künstlich, sondern natürlich, als rein biologisches Geschehen. Es handelt sich bei der Inseminatio artificialis nicht um eine Befruchtung - sie ist erst der zu erwartende Erfolg -, sondern um eine Samenübertragung mittels eines Instrumentes; statt "künstliche Befruchtung" heißt es also richtiger: "instrumentelle Samenübertragung" oder "künstliche Besamung". Diese Übersetzungen entsprechen auch dem Terminus "Inseminatio artificialis" und werden neuerdings auch durchweg in der Literatur verwendet. - Die ersten Versuche der artifiziellen Insemination wurden an Tieren unternommen, heute wird die künstliche Besamung beim Tier in allen Ländern der Welt praktiziert; technisch-biologisch ist das Problem gelöst: "in der Erzüchtung der Tiere hat der Mensch in weitgehendem Maße die Lenkung der Fortpflanzung übernommen"²⁶⁾. Beim Menschen ist das Problem aber auch vom biologischen Standpunkt ein ganz anderes, da eine künstliche Besamung beim Menschen im Gegensatz zum Tier - bisher²⁷⁾ - nur bei Individuen durchgeführt wird, die einen organischen oder funktionellen Defekt aufweisen. So auch die erste beim Menschen ausgeführte Inseminatio artificialis: 1799 übertrug HUNTER den Samen eines an Hypospadie leidenden Mannes in die Vagina der Frau²⁸⁾.

2. Die Praxis

Es gibt in der bisher geübten medizinischen Praxis zwei Arten von Inseminatio artificialis, die grundsätzlich voneinander verschieden sind: (1) wird der Same des Ehemannes (oder die zur Verbesserung der Motilität mit fremdem Samenplasma versehenen Spermien des Ehemannes) auf seine Ehefrau übertragen, so spricht man von homologer oder

25) PSCHYREMBEL (149), S. 94

26) BAIER (48), S. 4

27) s.a. HUXLEY: "Schöne neue Welt", Fischer Bücherei 1961

28) Berichtet nach WIRZ (190), S. 196

matrimoniieller Insemination; (als Variante dieser ersten Art künstlicher Besamung ist noch die - allerdings nur in der moraltheologischen Literatur erwähnte - artifizielle Insemination im uneigentlichen Sinne zu nennen; sie wäre nur in solchen Fällen zu verwenden, bei denen durch eine natürlich vollzogene Copula perfecta der Eheleute noch eine eiactulatio intra vaginam und die receptio seminis möglich ist, also etwa bei Oligospermie und negativem SIMS-HUHNER-Test); (2) die künstliche Übertragung des Samens eines fremden Mannes auf eine konzeptionsfähige (Ehe-) Frau bezeichnet man als heterologe oder extramatrimoniale Insemination oder (in der anglo-amerikanischen Literatur) als Donor-Insemination oder auch als inseminatio ab alieno; sie wird völlig außerhalb einer Ehe vorgenommen oder aber innerhalb einer Ehe, jedoch mit dem Sperma eines (manchmal unbekannten) Dritten oder mit gemischtem Samen mehrerer Männer. - Beide Arten von künstlicher Besamung finden schon seit langem in der Praxis statt; es gibt über Erfolg oder Nichterfolg beider Inseminationsverfahren mehrere veröffentlichte Statistiken, zum Teil mit eingehender medizinischer Begutachtung der "test tube babies"; in den USA sollen 1950 schon ca. 100 000 künstlich erzeugte Kinder vorhanden gewesen sein²⁹⁾.

3. Indikationen

Als medizinische Indikationen zur Inseminatio artificialis werden genannt:

a) von Seiten des Mannes:

Hier werden nahezu sämtliche Störungen, die Sterilitätsursachen sein können, als Indikation zur artifiziellen Insemination gewertet, insbesondere: Erektionsschwäche, Ejakulatio Praecox, Epi- und Hypospadie, Induratio penis plastica, Oligo-, Astheno- und Azoospermie, übermäßige Adipositas, große Hernien und Hydrozelen, ansteckende (Geschlechts-) Krankheiten sowie Abwesenheit des Ehemannes (Insemination à grande distance).

b) von Seiten der Frau:

Auch hier wird ein Großteil der Sterilitätsursachen als Indikation zur künstlichen Besamung angesehen, vor allem: Gynatresien, Stenosen der

29) WIRZ (190), ebenso SCHULTZE (166), VOLKMANN (187), BEHRMANN (51), RUBIN (160), TOPKINS (182) u. a.

Vulva oder Scheide, Adipositas permagna, Samenreflux, Stenosen des Muttermundes resp. des Zervikalkanals, Einrisse und Erosionen des Muttermundes, Genitalhypoplasien, Rh-Inkompatibilität, Vaginismus und negativer SIMS-HUHNER-Test.

4. Medizinische Kritik der Indikationen

a) Störungen infolge Allgemeinerkrankungen

Manche der als Indikation zur künstlichen Besamung angeführten Störungen beruhen auf einer Allgemeinerkrankung; hier wird eigentlich die Behandlung dieses primären Grundleidens gefordert; dadurch werden in den meisten Fällen die betreffenden "Indikationen" hinfällig.

b) Pathologische Befunde leichter Art

Von den genannten Indikationen beruhen manche auf irgendwelchen pathologischen Befunden (speziell Mißbildungen) leichter Art; soweit sie eben nur leichter Natur sind, können sie ebenso leicht durch eine Operation behoben werden. Es ist dann nicht einzusehen, warum sie Indikationen zur künstlichen Besamung sein sollen: sie erübrigt sich dann von selbst, da durch den operativen Eingriff normale Konzeptionsbedingungen geschaffen sind.

c) Schwere Mißbildungen

Unter den angeführten medizinischen Indikationen zur artifiziellen Insemination befindet sich ein erheblicher Teil solcher Störungen, die durch schwer behebbare angeborene Mißbildungen hervorgerufen werden; auch sie sind ebenfalls keine ernsthaft vertretbaren Indikationen zur künstlichen Besamung; dies ergibt sich aus der Sozialfunktion der Sexualorgane: denn solche schweren Anomalien sind meist hochgradig erblich und weisen auf eine erhebliche Schädigung des Erbgutes hin. Sie sind deshalb geradezu als Kontraindikationen für eine artifizielle Insemination zu bezeichnen. Auch vom medizinisch-hygienischen Standpunkt erscheint es wenig sinnvoll, eine Fortpflanzung künstlich zu erzwingen, wo sie die Natur so eindeutig verweigert.

5. Moraltheologische Beurteilung

a) Unsittlichkeit der künstlichen homologen Besamung

Der tiefste moraltheologische Grund für die Verurteilung (jeder Art) künstlicher Besamung im eigentlichen Sinn ist die Verletzung der vom Schöpfer für die Zeugung von Nachkommenschaft gesetzten Ordnung. Diese Ordnung wird nach katholischer Lehre sichtbar im Naturrecht bzw. in der für den Menschen natürlichen Ordnung der Zeugung; eine künstliche Besamung umgeht diese Ordnung, sie ist somit "unnatürlich"³⁰⁾ und "menschenunwürdig"³¹⁾ (*non est humana*): "... da die erzeugte Nachkommenschaft nicht die Frucht eines eigentlichen ausdrücklichen persönlichen Liebesaktes ist. Der Schöpfer hat nämlich für die Zeugung von Menschen einen Akt vorgesehen, der zugleich biologisch und persönlich, aus sich schöpferisch und (zugleich) innigster Ausdruck der ehelichen Liebe ist (... *actum providit, qui simul est biologicus et personalis, ex sese generativus et amoris coniugalis modo intimo expressivus* ...). Die Liebe, die aus sich im ehelichen Akt zum Ausdruck kommt, ist vom Schöpfer gedacht als Wiege (*receptaculum*) menschlicher Nachkommenschaft"³²⁾.

b) Verurteilung der Donor-Insemination

Die eben dargelegten moraltheologischen Gesichtspunkte, die schon zur Verwerfung der homologen, matrimoniellen Insemination führen, gelten natürlich in besonderem Maße auch für die künstliche Besamung außerhalb der Ehe bzw. mit dem Sperma eines Dritten. Darüberhinaus ist die heterologe Insemination schon deshalb als unsittlich zu verwerfen, weil sie außerhalb der Ehe vorgenommen wird; nach Auffassung katholischer Moralthologie, die sich dabei auf das Naturgesetz und das positive göttliche Gesetz beruft, kann die Zeugung eines neuen menschlichen Lebewesens nur die Frucht der Ehe sein³³⁾. - Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß die meisten Indikationen zur künstlichen Besamung schon von vorneherein die Benutzung von Spendersamen erfordern; von den übrigen Indikationen zur homologen Insemination muß man aber

30) HÄRING spricht von "schreiender Unnatürlichkeit", (16), S. 222

31) FUCHS (13), S. 133

32) dto. S. 133

33) dto. S. 34, 133, 134,

KELLY (21), S. 229 u. a.

einen erheblichen Prozentsatz als solche Störungen beurteilen, die im-
potentia bedingten; soweit durch sie also eine impotentia (matrimonio)
antecedens et perpetua begründet wird und somit ein nicht dispensierbares,
trennendes Ehehindernis vorliegt, besteht in Wirklichkeit gar keine gülti-
ge Ehe und damit erst recht kein "Recht auf das Kind". Ein künstlich
angekeimtes Kind wäre also in diesen Fällen (auch bei Benutzung des
Samens des "Ehemannes") ein uneheliches Kind; denn solche "Ehen" wer-
den auch durch die Möglichkeit einer künstlichen Besamung nicht gültig³⁴⁾.

c) Erlaubtheit der artifiziellen Insemination im
uneigentlichen Sinne

Eine künstliche Unterstützung der natürlichen Begattung, die darin besteht,
den möglichen natürlichen Akt zu erleichtern oder fruchtbar zu machen,
ist nach übereinstimmender Meinung der katholischen Moraltheologen er-
laubt³⁵⁾; hierbei müßte ja lediglich der auf natürliche Weise (in die
Scheide) ergossene Same des Ehegatten mit Hilfe eines Instrumentes in
die Tiefe der Vagina oder über die Enge des äußeren oder inneren Mutter-
mundes resp. des Zervikalkanals in den Uterus hinaufgeleitet werden.
Dann aber spricht man nur von einer Inseminatio artificialis im uneigent-
lichen Sinne (improprie dicta); ein solcher Eingriff wäre lediglich eine
"adiuvatio naturae"³⁶⁾ oder ein "adiutorium artificiale inseminationis
naturalis"³⁷⁾.

d) Stellungnahmen des kirchlichen Lehramtes

Schon am 17. 3. 1897 hat die Congregatio Sancti Officii eindeutig die
Frage nach der Erlaubtheit der "fecundatio artificialis" verneint³⁸⁾. Sie
ist damit eigentlich eine res iudicata. Auch Papst PIUS XII. hat in zahl-

34) PIUS XII., Ansprache vom 29. 9. 1949

AAS 41, 1949, S. 557 und HÄRING (16), S. 225

35) Einige Theologen hielten auch solche "adiuvatio naturae" vor der be-
treffenden Stellungnahme PIUS' XII. vom 29. 9. 1949 (AAS 41, 1949,
S. 557) für unerlaubt. Siehe auch STELZENBERGER (41), S. 113,
FUCHS (13), S. 134, KELLY (21), S. 224

36) NIEDERMEYER (33a), S. 206,
STELZENBERGER (41), S. 111

37) FUCHS (13), S. 134

38) AAS 29, 1896/1897, S. 704

reichen Ansprachen (vor allem am 29. 9. 1949, am 19. 10. 1951 und am 19. 5. 1956) ³⁹⁾ die Stellung der katholischen Kirche zu dieser Frage darlegt; daraus sollen hier die entscheidenden Sätze herausgegriffen werden: "... Die künstliche Befruchtung außerhalb der Ehe ist ohne jede Einschränkung als unmoralisch zu verwerfen. Das natürliche Recht, das positive göttliche Recht besagt, daß die Zeugung neuen Lebens nur die Frucht der Ehe sein darf. Nur die Ehe wahrt die Würde der Eheleute (im gegenwärtigen Falle vor allem die der Frau) und ihr persönliches Wohl. Wesensmäßig sorgt nur sie für das Wohl und die Erziehung des Kindes. ... Die künstliche Befruchtung in der Ehe, jedoch hervorgerufen durch die aktive Einwirkung eines Dritten, ist ebenfalls unmoralisch und deshalb ohne Einschränkung abzulehnen. Nur die Eheleute haben ein gegenseitiges Recht auf ihren Körper, um ein neues Leben zu zeugen, ein ausschließliches, unübertragbares, unveräußerliches Recht. ... Die künstliche Befruchtung überschreitet die Grenzen des Rechtes, das die Gatten durch den Ehevertrag erworben haben, des Rechtes nämlich, ihre natürliche sexuelle Fähigkeit voll auszuüben im natürlichen Vollzug des ehelichen Aktes. Der genannte Vertrag gibt ihnen kein Recht zu einer künstlichen Befruchtung; denn ein derartiges Recht ist in keiner Weise in dem Recht auf den natürlichen ehelichen Akt ausgedrückt noch kann es daraus abgeleitet werden. Noch weniger läßt es sich herleiten aus dem Recht auf das Kind, den ersten Zweck der Ehe. Der Ehevertrag gibt dieses Recht nicht, da sein Gegenstand nicht das Kind, sondern die natürlichen Akte sind, die imstande und dazu bestimmt sind, neues Leben zu zeugen. Darum muß man sagen, daß die künstliche Befruchtung das Naturgesetz verletzt und daß sie dem Recht und der Sittlichkeit zuwiderläuft". Der Heilige Vater berührt auch kurz die Erlaubtheit einer Inseminatio artificialis im uneigentlichen Sinn: "... Wenn man das sagt, verwirft man nicht notwendig den Gebrauch gewisser künstlicher Mittel, die nur dazu bestimmt sind, den natürlichen Akt zu erleichtern oder zu bewirken, daß der normal vollzogene Akt seinen Zweck erreicht" ⁴⁰⁾.

39) AAS 41, 1949, S. 559, AAS 43, 1951, S. 850,
AAS 48, 1956, S. 470

40) PIUS XII., Ansprache vom 29. 9. 1949
AAS 41, 1949, S. 557

ZUSAMMENFASSUNG

Im Ersten Abschnitt der vorliegenden Arbeit mußte zunächst festgestellt werden, daß es keine einheitliche Definition von "Sterilität", "Infertilität" und "Impotenz" gibt; Diese im Zusammenhang mit unserem Thema wichtigen Begriffe werden nicht nur von den medizinischen Autoren in verschiedener Bedeutung verwendet, sondern weisen auch in der medizinischen und moraltheologischen Literatur eine zum Teil unterschiedliche Bedeutung auf. Darüberhinaus ergab sich speziell für den Begriff "Impotenz", daß es auch in der Theologischen Literatur keinen genau bestimmten Begriffsinhalt gibt. Sodann wurde hinsichtlich des Ausdrucks "Sterilität" für die vorliegende Arbeit festgelegt, daß er im weitesten Sinne zu fassen ist: nämlich als Oberbegriff für alle die Fälle, in denen einem Ehepaar der sehnliche Kinderwunsch nicht erfüllt wird. Im weiteren Verlauf des Ersten Abschnittes wurden dann die verschiedenen Ursachen ungewollter ehelicher Unfruchtbarkeit in die zwei Hauptgruppen der (1) rein physischen und der (2) psychisch bedingten Sterilitätsursachen eingeteilt und jeweils mit einigen wichtigen Beispielen belegt. Darauf wurde dargelegt, daß die Häufigkeit steriler Ehen seit langem unverändert mit 10 % bis 19 % angegeben wird, daß aber in der letzten Zeit eine Zunahme derjenigen Patienten zu verzeichnen ist, die eine Sterilitätssprechstunde aufsuchen. Die besondere Gefährdung ungewollt kinderloser Ehen wurde mit einigen Stellungnahmen namhafter Fachleute belegt, und es wurde abschließend festgestellt, daß die Behandlung einer sterilen Ehe für den Arzt eine der schönsten Aufgaben ist.

Der Zweite Abschnitt ist der allgemeinen moralischen Beurteilung ärztlicher Eingriffe gewidmet; hierbei war zunächst zu zeigen, daß es nach Auffassung katholischer Moraltheologie für die Beurteilung einer jeden freien menschlichen Handlung eine objektive sittliche Norm gibt: die Seinsordnung bzw. das sittliche Naturgesetz: das Verhältnis der wesentlichen Momente einer Handlung (Objekt, Zweck, Mittel) zur obersten Sittennorm bestimmt deren sittliche Güte oder Schlechtigkeit. Was die allgemeine moralische Beurteilung ärztlicher Eingriffe betrifft, mußte festgestellt werden, daß die hierzu vorliegenden moraltheologischen Stellungnahmen nur äußerst spärlich, zudem nicht ganz einheitlich und vor allem nicht genügend allgemeingültig sind: von den möglichen verschiedenen ärztlichen Eingriffen - die alle als Mutilationen (Verstümmelungen) im weitesten

Sinne aufgefaßt werden müssen und zu deren Rechtfertigung grundsätzlich die (im Notfall präsumierte) Einwilligung des Patienten erforderlich ist - gelten die meisten durch das Totalitätsprinzip als gerechtfertigt: der Mensch darf als Verwalter seines Lebens und Leibes seinen Körper zur Erhaltung des Lebens oder der Gesundheit teilweise verstümmeln; Eingriffe zum Nutzen anderer (Entnahme von Blut oder Haut) sind ebenfalls als Mutilationen zu werten und gelten - jedoch ohne genaue theoretische Begründung - als erlaubt, obwohl zu ihrer Rechtfertigung das Totalitätsprinzip nicht herangezogen werden kann; Eingriffe zur Diagnose oder Therapie von Sterilität - bei denen die besonderen Gesichtspunkte für Eingriffe an den Fortpflanzungsorganen (Sozialfunktion!) gelten - können als generell erlaubt angesehen werden, obwohl sie weder durch das Totalitätsprinzip noch als Eingriff zum Nutzen anderer gerechtfertigt erscheinen: es liegen jedoch in der moraltheologischen Literatur keine Stellungnahmen vor, die diese generelle Erlaubtheit expressis verbis bejahen oder verneinen.

Der Dritte Abschnitt behandelt die sterilitäts-diagnostischen Eingriffe; es wurde festgestellt, daß die Prüfung der männlichen Zeugungsfähigkeit eine medizinische und zugleich moralische Forderung ist: ohne sie würde mancher Eingriff bei der Frau ohne genügende Indikation vorgenommen und als leichtfertiger Eingriff zu beurteilen sein. Es wurden dann zunächst die erforderlichen Untersuchungsmethoden zur Prüfung der männlichen Zeugungsfähigkeit besprochen und deren Wichtigkeit durch Beispiele belegt. Bei der moraltheologischen Beurteilung dieser Untersuchungsmethoden ergaben sich besondere moralische Aspekte nur für die Art der Gewinnung des zu untersuchenden Ejakulats: es waren also zunächst die verschiedenen Gewinnungsmethoden zu nennen - sie konnten eingeteilt werden in solche mit und solche ohne Sexualakt -, und es mußte kurz ihre diagnostische Aussagekraft behandelt werden; es ergab sich dann vom moraltheologischen Standpunkt, daß es sittlich einwandfreie Arten der Ejakulatgewinnung gibt - sie haben aber nur geringen diagnostischen Wert -, daß aber die in der Praxis durchweg angewandten Methoden nach Auffassung katholischer Moraltheologie eine Verletzung der sittlichen Norm für die Geschlechtsbetätigung darstellen und somit unerlaubt sind; die Begründung dieser Unsittlichkeit wurde in extenso dargelegt, und abschließend wurden Stellungnahmen des kirchlichen Lehramtes dazu angeführt. Zu der abschließend besprochenen Sterilitätsdiagnostik bei der Frau wurden dann die erforderlichen Untersuchungsmethoden - oft erhebliche

Eingriffe - aufgezählt und ihre Wichtigkeit mit einigen Beispielen erläutert; hinsichtlich der moralischen Beurteilung ergeben sich hier offenbar keine besonderen Gesichtspunkte: es konnten keine Stellungnahmen namhafter Theologen oder des kirchlichen Lehramtes gefunden werden.

Im Vierten Abschnitt wurden die sterilitäts-therapeutischen Eingriffe behandelt; zur Sterilitätstherapie gehört wesentlich auch die Beratung der Ehegatten: es konnte die Vielfältigkeit und Bedeutung der Verhaltensweisen einer ehelichen Gemeinschaft für eine Konzeption gezeigt werden; auch vom moraltheologischen Standpunkt ergab sich die Wichtigkeit einer vorausgehenden Eheberatung. Es folgte dann die Besprechung der einzelnen therapeutischen Eingriffe beim Mann, deren Erfolge allgemein als wenig ermutigend beurteilt werden und die eine genaue Diagnose voraussetzen; hinsichtlich der moralischen Beurteilung ergaben sich keine speziellen Gesichtspunkte. Anschließend mußten dann die oft erheblichen therapeutischen Eingriffe bei der Frau besprochen werden; besondere moralische Aspekte ergaben sich nur für die Bildung einer künstlichen Scheide und die künstliche Besamung: Die Bildung einer vagina artificialis scheint nur gerechtfertigt, wenn sie die Erfüllung des primären Ehezweckes, der procreatio proles, ermöglichen kann; bei der Besprechung der artifiziellen Insemination, deren geschichtliche Entwicklung kurz beschrieben wurde, mußten zunächst die grundsätzlich voneinander verschiedenen Inseminationsverfahren der homologen und heterologen Besamung behandelt werden; sodann wurden die zahlreichen Indikationen zur künstlichen Besamung einer kurzen medizinischen Kritik unterworfen und dadurch auf ein Minimum ernsthaft zu vertretender Indikationen beschränkt; für die moralische Beurteilung ergab sich die Unsittlichkeit jeder Art künstlicher Insemination im eigentlichen Sinn, wobei die (außerhalb der Ehe vorgenommene) Donor-Insemination obendrein noch deshalb sittlich zu verwerfen ist, weil die Zeugung eines neuen menschlichen Lebewesens nach Auffassung katholischer Moraltheologie nur die Frucht der Ehe sein kann; eine artifizielle Insemination im uneigentlichen Sinne, eine künstliche Unterstützung der natürlichen Begattung, wird von den theologischen Autoren lediglich als adiuvatio naturae beurteilt und als erlaubt angesehen; abschließend wurden die Stellungnahmen des kirchlichen Lehramtes zu dem Problem der künstlichen Besamung angeführt.

LITERATURVERZEICHNIS

I. Theologische Literatur

1. ACTA APOSTOLICA SEDIS (AAS), Commentarium Officiale - Typis polyglottis Vaticanis
2. AERTNYS - DAMEN: "Theologia moralis" - Turino 1947
3. St. AUGUSTINUS: "Contra Faustum" L. XXII, C. 27
in: MIGNE, J.P.: "Patrologia Latina" - Paris 1844
4. BONIFAZI, M.: "La position de l'Eglise catholique concernant l'insémination artificielle"
in: Praxis 48, 1958, S. 1175
5. BONNAR, A.; OFM.: "Catholic Doctor" - New York 1950
6. CODEX IURIS CANONICI (CIC) - Typis polyglottis Vaticanis 1948
7. CONNELL, F. J.; CSSR.: "Outlines of Moral Theology" - Milwaukee 1953
8. CUNNINGHAM, B. J.; CM.: "The Morality of Organic Transplantation" Washington 1944
9. DENZINGER, H. (D): "Enchiridion symbolorum, definitionum et declarationum fidei et morum" - Freiburg 1946
10. EGENTER, R.: "Eine päpstliche Lehräußerung zur künstlichen Befruchtung", in: Münchener Theologische Zeitschrift, 1. Jahrgang, 1950
11. FANFANI, L.; OP.: "Manuale Theoretico-Practicum Theologiae Moralis" - Roma 1950
12. FORD, J. C.; SJ.: "Double Vasectomy and Impotence"
in: Theological Studies 1955, S. 533
13. FUCHS, J.; SJ.: "De castitate et ordine sexuali. Conspectus praelectionum theologiae moralis ad usum auditorum" - Roma 1960

14. GRÖBER, K.: "Handbuch der religiösen Gegenwartsfragen" -
Freiburg 1931
15. HÄRING, B.: "Das Gesetz Christi" 3 Bde. - Freiburg 1961
16. HÄRING, B.: "Moraltheologische Beurteilung der künstlichen
Befruchtung"
in: Arzt und Christ I. 1955, S. 225
17. HÄMP, V. - STENZEL, M.: "Das Alte Testament" -
Aschaffenburg 1957
18. HEALY, E. F.; SJ.: "Medical Ethics" - Chicago 1956
19. HOLLNSTEINER, J.: "Die Spruchpraxis der S. Rota Romana in
Ehenichtigkeitsprozessen" - Freiburg 1934
20. IORIO, T. A.; SJ.: "Theologia Moralis" - Neapel 1947
21. KELLY, G.; SJ.: "Medico-Moral Problems" - St. Louis 1959
22. KELLY, G.; SJ.: "The morality of Mutilation. Towards a Revision
of Treatise"
in: Theological Studies 17, 1956
23. KENEALY, W. J.; SJ.: "Contraception - a violation of God's law"
in: Catholic Mind 46, 1948, S. 555
24. KENNY, J. P.; OP.: "Principles of Medical Ethics" -
Westminster 1954
25. LANZA, S.: "Theologia Moralis" - Marietti: Roma 1949
26. De LESTAPIS, S.; SJ.: "Geburtenregelung und Geburtenkontrolle" -
Freiburg 1961
27. LOHKAMP, N.; OFM.: "The Morality of Hysterectomy Operations" -
Washington 1956
28. LYNCH, J.; SJ.: "Notes on Moral Theology, Medical Problems"
in: Theological Studies 21, 1960
29. MAUSBACH, J.: "Katholische Moraltheologie" - Münster
a) Bd. I.: 1959
b) Bd. III.: 1961

30. McCARTHY, J.: "A lawful Method of Procuring Seminal Specimens for Sterility Tests"
in: "Problems in Theology. - I. The Sacraments" - Westminster 1956, S. 430
31. McFADDEN, C. J.: "Medical Ethics" - Philadelphia 1951
32. NIEDERMEYER, A.: "Allgemeine Pastoralmedizin"
Bd. II.: "Ärztliche Ethik (Deontologie)" - Wien 1954
33. NIEDERMEYER, A.: "Handbuch der speziellen Pastoralmedizin" - Wien
a) Bd. II.: "Ehe- und Sexualleben" - 1950
b) Bd. III.: "Schwangerschaft, Abortus, Geburt" - 1950
c) Bd. IV.: "Der ärztliche Eingriff" - 1951
d) Bd. I.: "Das menschliche Sexualleben" - 1949
34. NOLDIN - SCHMITT - HEINZEL: "Summa Theologiae Moralis" - Innsbruck 1952
35. PAQUIN, J.; SJ.: "Morale et médecine" - Montreal 1957
36. PIUS XI.: Enzyklika "Casti connubii"
in: ROHRBASSER, A.: "Heilslehre der Kirche" - Freiburg 1953
37. PIUS XII.: "Grundfragen der Ärztlichen Ethik"
(37 Ansprachen; herausgegeben vom St. Lucas-Institut für Ärztliche Anthropologie e.V., Münster)
a) "Über die Aufgaben des christlichen Arztes";
Ansprache v. 12.11.1944 an die italienischen Mitglieder der Medizinisch-biologischen Vereinigung St. Lucas
b) "Die hohe Verantwortung und Aufgabe des Chirurgen";
Ansprache v. 21.5.1948 an die Teilnehmer des VI. Internationalen Chirurgenkongresses
c) "Die Bedeutung der plastischen Chirurgie";
Ansprache v. 4.10.1958 an die Teilnehmer des X. Kongresses für plastische Chirurgie
38. PRUEMMER, D.: "Manuale Theologiae Moralis" - Heidelberg 1945
39. REDLICH, V.; OSB.: "Moralprobleme im Umbruch der Zeit" - München 1957

40. STELZENBERGER, J.: "Lehrbuch der Moraltheologie" -
Paderborn 1953
41. STELZENBERGER, J.: "Die moraltheologische Beurteilung der künst-
lichen Insemination"
in: GUTTMACHER, A. u.a.: "Die künstliche Be-
fruchtung beim Menschen" - Köln 1960
42. St. THOMAS: "Summa Theologica" -
Marietti: Augustae Taurionorum 1886
43. VERMEERSCH, S.: "Theologia Moralis" - Roma 1945

II. Medizinische Literatur

44. AMREICH, A. J.: "Die Sterilität, ihre Ursachen, Erforschung und
Behandlung" - Wien 1951
45. ANSELMINO, K. J.: "Zur operativen Behandlung der Insuffizienz
des inneren Muttermundes und der oberen Zervix"
in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 18. Jahrgang,
1958, S. 797
46. ANTOINE, T.: "Zur Therapie der Oligo- und Asthenospermie"
in: Proceedings of the Second World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. II, S. 722
47. ASHERMAN, J. G.: "The Effects of Artificial Abortion on Fertility"
in: Proceedings of the First World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. II, S. 511
48. BAIER, W.: "Vergleichende Betrachtungen über die männliche
Sterilität"
in: FIKENTSCHER, R.: "Beiträge zur Fertilität und
Sterilität", Zweite Folge - Stuttgart 1960
49. BARDENHEUER, F. H.: "Die Unfruchtbarkeit der Frau" -
München 1942

50. BAUER, M. - SEMM, K.: "Der Einfluß der Blutdruckwelle auf das Persufflationsdiagramm"
in: FIKENTSCHER, R.: "Beiträge zur Fertilität und Sterilität", Beilageheft zur Zeitschrift für Geburtshilfe
Bd. 157, S. 116
51. BEHRMAN, S.J.: "Artificial Insemination"
in: Fertility and Sterility, Official Journal of the
American Society for the Study of Sterility, 10,
1959, S. 248
52. BERGMAN, P.: "Clinic and Treatment of Anovulation"
in: Proceedings of the Second World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. I, S. 675
53. BERNHARD, P.: "Die Sterilität des Weibes" - Stuttgart 1947
54. BERNHARD, P.: "Unfruchtbarkeit des Weibes"
in: SEITZ, L. - AMREICH, A.: "Biologie und Pathologie des Weibes" - Berlin 1955
Bd. III, S. 159
55. BICKENBACH, W. - DÖRING, G. K.: "Die Sterilität der Frau" -
Stuttgart 1959
56. BOEMINGHAUS, H. - KLOSTERHALFEN, H.: "Zur Fertilität des Mannes"
in: Zeitschrift für Urologie, Bd. 51, 1958, S. 249
57. BOS, C. - CLEGHORN, R. A.: "Psychogenic Sterility"
in: Fertility and Sterility 9, 1958, S. 84
58. BOYD, R. H.: "The Causes and Treatment of absent Ejaculation"
in: Proceedings of the Second World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. II, S. 878
59. BRANDL, K. - PICHA, E.: "Über Untersuchungen und Behandlung von Kolpitiden"
in: Wiener Klinische Wochenschrift, 66, 1954, S. 546
60. BURGER, K.: "Künstliche Scheidenbildung mittels Eihäuten"
in: Zentralblatt für Gynäkologie, 61, 1937, S. 2437

61. BUSCHBECK, H.: "Rebound-Effekt bei der Frau"
in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 18.
1958, S. 634
62. BUXTON, C.L. - SOUTHAM, A.C.: "Human Infertility" -
New York 1958
63. CHARNY, C.W.: "The Use of Androgens for Human Spermatogenesis"
in: Fertility and Sterility 10, 1959, S. 557
64. DE ALLENDE, I.L.: "The Value of Vaginal Smear in Sterility"
in: Proceedings of the First World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. I, S. 65
65. DECKER, A.: "Culdoscopy in the Diagnosis of Ovulation and Ovum
Migration"
in: Proceedings of the First World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. I, S. 372
66. DE MORAES, A.: "Medico-Social Problems and Infertility"
in: Proceedings of the First World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. I, S. 20
67. DICKINSON, R.L.: "Die medizinische Auswertung von 1000 Ehen"
in: J. Amer. Med. Assoc. 1931, S. 529
68. DÖDERLEIN, G.: "Die Prophylaxe der durch Berufsschäden verur-
sachten Sterilität"
in: Proceedings of the Second World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. II, S. 3
69. DOEPFMER, R.: "Zur Kenntnis der Aspermie"
in: Der Hautarzt 8, 1957, S. 337
70. DOEPFMER, R.: "Aktuelle Fragen über Störungen der männlichen
Fertilität"
in: FIKENTSCHER, R.: "Beiträge zur Fertilität
und Sterilität", Zweite Folge - Stuttgart 1960
71. DOYLE, J.B.: "Exploratory culdotomy for observation of tubo-ovarian
physiology at ovulation time"
in: Fertility and Sterility 2, 1951, S. 415

72. DOYLE, J.B.: "Observation of Human Ovulation by the Pelviscope" -
(Besprechung eines Farbfilms)
in: Proceedings of the Second World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. II, S. 1400
73. ECKERLING, B.: "Sterility Due to Oligospermia and Hypokinesis
of the Sperm"
in: Fertility and Sterility 11, 1960, S. 475
74. ERICHSEN, F.: "Zur operativen Behandlung der Hemmungsmißbil-
dungen des weiblichen Genitales"
in: Geburtsh. u. Frauenhkd. 15, 1955, 91
75. FAUVET, E.: "Spontangeburt durch eine plastisch gebildete Vagina"
in: Geburtsh. u. Frauenhkd. 12, 1952, S. 897
76. FIKENTSCHER, R.: "Diagnostik und Therapie der Sterilität der Frau"
in: Münchener Medizinische Wochenschrift 100, 1958,
6, S. 213
77. FIKENTSCHER, R.: "Die modernen Aufgaben auf dem Gebiete der
Fertilitätsforschung und der Sterilitätsbehandlung"
in: Zentralblatt für Gynäkologie 80, 1958, 38, S. 1497.
(Eröffnungsansprache anlässlich der Gründungstagung der
Deutschen Gesellschaft zum Studium der Fertilität und
Sterilität, 17. 5. 1958)
78. FIKENTSCHER, R.: "Die operative Behandlung der Sterilität des Wei-
bes"
in: Geburtsh. u. Frauenhkd. 13, 1953, 12, S. 1053
79. FIKENTSCHER, R.: "Über die gebräuchlichen Durchgängigkeits-
prüfungen der Eileiter"
in: Klinische Medizin 12, 1957, 12, S. 497
80. FIKENTSCHER, R.: "Diagnostik und Therapie des Eileiterverschlusses,
deren Möglichkeiten und Grenzen"
in: Proceedings of the Second World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. I, S. 787
81. FIKENTSCHER, R. - SEMM, K.: "Neue diagnostische Erkenntnisse bei
der apparativen Persufflation"
in: Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäk., Bd. 155, 1960,
S. 215

82. FISCHER, I.C.: "Psychogenic Aspects of Sterility"
in: Proceedings of the First World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. II, S. 308
83. FOSS, B.A. u. a.: "The Endometrium and Sterility"
in: Fertility and Sterility 9, 1958, S. 193
84. FROEWIS, J.: "Die operative Behandlung der weiblichen Sterilität"
in: Wiener Klinische Wochenschrift 66, 1954, S. 871
85. FÜLLER, H. - HEINKE, E.: "Die Hodenbiopsie im Dienste der
Fertilitätsuntersuchung und ihre Technik"
in: Münchener Medizinische Wochenschrift 97, 1955,
S. 1310
86. GARCIA, C.: "The Use of Estrogens and Gestogens to Induce Human
Ovulation"
in: Fertility and Sterility 11, 1960, S. 303
87. GASSNER, F.X. u. a.: "The Objective Measurement of Sperm
Motility"
in: Fertility and Sterility 10, 1959, S. 488
88. GIESE, H.: "Über die menschliche Fortpflanzung" - Stuttgart 1959
89. GLATTHAAR, E.: "Die artifizielle Insemination in ärztlicher Sicht"
in: Praxis 48, 1958, S. 1142
90. GLIMM, G.: "Uterus pseudounicornis rudimentarius solidus,
Aplasie der Vagina und künstliche Scheidenbildung"
in: Zentralblatt für Gynäkologie 78, 1956, S. 1765
91. GLOVER, W.K.: "Artificial insemination among human beings" -
Washington 1948
92. GOLDZIEHER, J.W. u. a.: "The influence of Seminal Fluid on
Fertility"
in: Proceedings of the Second World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. II, S. 565
93. GRANT, A.: "Cervical Hostility"
in: Fertility and Sterility 9, 1958, S. 321

94. GREENBLATT, R.B. u. a.: "Endocrinopathies and Infertility"
in: Fertility and Sterility 10, 1959, S. 323
95. GRÜNBERGER, V.: "Kritisches über Behandlungserfolge konservativer Sterilitätsbehandlung"
in: Geburtsh. u. Frauenhkd. 15, 1955, S. 142
96. GRÜNBERGER, V. - HOLKUP, H.: "Zur Methode der Ovulationsbestimmung bei Sterilitätsstörungen"
in: Geburtsh. u. Frauenhkd. 15, 1955, S. 811
97. GUTTMACHER, A.E.: "Die Bedeutung der künstlichen Befruchtung bei der Behandlung der Sterilität"
in: GUTTMACHER u. a.: "Die künstliche Befruchtung beim Menschen" - Köln 1960
98. HALTER, G.: "Bildung einer künstlichen Scheide bei vorhandenem inneren Genitale"
in: Wiener Klinische Wochenschrift 66, 1954, S. 668
99. HOLT, J.G.H.: "Coital or Masturbational Sperm Sample?"
in: Proceedings of the Second World Congress on Fertility and Sterility, Vol. II, S. 601
100. HOLT, J.G.H.: "A Psychological Concept of the Syndrome of Ejaculatory Deficiency called Ejaculatio Sejuncta"
in: Proceedings of the Second World Congress on Fertility and Sterility, Vol. II, S. 870
101. HUSSLEIN, H.: "Die Unfruchtbarkeit der Frau"
in: Wiener Klinische Wochenschrift 66, 1954, S. 789
102. JOEL, C.A.: "Studien am menschlichen Sperma" - Basel 1953
103. JOEL, C.A.: "The Etiology and Treatment of occlusive Aspermia"
in: Proceedings of the Second World Congress on Fertility and Sterility, Vol. II, S. 905
104. JOEL, C.A.: "The Spermatogenetic Rebound Phenomenon and its Clinical Significance"
in: Fertility and Sterility 11, 1960, S. 384
105. JOHANSSON, C.J.: "Clinical Studies on sterile Couples" - Helsinki 1957

106. KEMPER, W.: "Die funktionellen Sexualstörungen" -
Stuttgart 1950
107. KISTNER, R.W.: "The Treatment of Endometriosis by Inducing
Pseudopregnance with Ovarian Hormones"
in: Fertility and Sterility 10, 1959, S. 539
108. KLEEGMANN, S. J.: "Therapeutic Donor Insemination"
in: Proceedings of the First World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. II, S. 327
109. KLUDAS, M.: "Konzeptionsbeeinflussung mit lebenden
DÖDERLEIN-Bakterien"
in: Proceedings of the Second World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. I, S. 1328
110. KNAUS, H.: "Die Physiologie der Zeugung des Menschen" -
Wien 1953
111. KNAUS, H.: "Ovulation Timing"
in: Proceedings of the First World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. I, S. 63
112. KNAUS, H.: "Künstliche Befruchtung"
in: Schweizer Medizinische Wochenschrift 1947
113. KOFLER, E.: "Zur Rolle der Basaltemperatur als Hilfsmittel in
Diagnostik und Therapie der Sterilität"
in: FIKENTSCHER, R.: "Beiträge zur Fertilität und
Sterilität", Zweite Folge - Stuttgart 1960
114. KÜHNELT, H.J.: "Der zervikale Faktor in der Sterilität"
in: Geburtsh. u. Frauenhkd. 14, 1954, S. 651
115. LEEB, H.: "Zur Bewertung der männlichen Fertilität aus der
Spermauntersuchung"
in: Geburtsh. u. Frauenhkd. 15, 1955, S. 443
116. LEEB, H.: "Zur Interpretation des Penetrationstestes"
in: FIKENTSCHER, R.: "Beiträge zur Fertilität und
Sterilität", Zweite Folge - Stuttgart 1960
117. LEHFELDT, H.: "Indications for Child Adoption"
in: Proceedings of the First World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. II, S. 475

118. MACHER, E.: "Über die Aussagemöglichkeiten der Hoden-biopsie im Rahmen der Fertilitätsdiagnostik"
in: Münchner Medizinische Wochenschrift 101,
1959, S. 1821
119. MAC LEOD, J. - GOLD, R.Z.: "An Analysis of Human Male Fertility"
in: Proceedings of the Second World Congress on Fertility and Sterility, Vol. II, S. 622
120. MANN, T.: "Biochemistry of Semen"
in: Proceedings of the Second World Congress on Fertility and Sterility, Vol. II, S. 1059
121. MARDEN, W. - WERTHESEN, U.T.: "Influence of Seminal Fluid on Sperm Motility"
in: Fertility and Sterility 7, 1956, S. 508
122. MARTIUS, H.: "Die gynäkologischen Operationen" -
Stuttgart 1954
123. MARTIUS, H.: "Lehrbuch der Gynäkologie" - Stuttgart 1960
124. MAYER, A.: "Kritisches zur künstlichen heterologen Insemination" -
Leipzig 1955
125. MAYER, A.: "Über die seelischen Ursachen der unfreiwilligen weiblichen Sterilität"
in: Deutsches Ärzteblatt 12, 1944, S. 219
126. MAYER, A.: "Sexualpsychologische Bedenken gegen die operative Korrektur von genitalen Bildungsstörungen"
in: Zentralblatt für Gynäkologie, 78, 1956, S. 1889
127. McCORMICK: "Eight hundred semen analyses"
in: Fertility and Sterility 9, 1958, S. 54
128. MENKEN, F.: "Photokolposkopie und Photodouglasskopie" -
Wuppertal-Elberfeld 1955
129. MESTWERDT, G.: "Das Verhalten der Leibesfrucht bei Diabetes und Schwangerschaft"
in: Münch. Med. Wschr. 101, 1959, S. 1880

130. MOENCH, G.L.: "Männliche Fruchtbarkeit"
in: SEITS, L. - AMREICH, A.: "Biologie und Pathologie des Weibes" - Berlin 1955
Bd. III, S. 307
131. MOUDRY, J. - KOS, M.: "The Androgen Treatment of Female Sterility"
in: Proceedings of the Second World Congress on Fertility and Sterility, Vol. I, S. 448
132. MURRAY, E.G.: "Pathology of Tubal Occlusion"
in: Proceedings of the First World Congress on Fertility and Sterility, Vol. II, S. 108
133. MUTCH, M.G.: "Sterility and Tuboplasties"
in: Fertility and Sterility 10, 1959, S. 240
134. NEUMANN, E.: "Aussprache: Künstliche Befruchtung"
in: Med. Klinik 39, 1943, S. 125
135. NIENDORF, F.: "Der heutige Stand der Forschung über die Bedeutung des Zervikalzyklus und der Hyaluronidase für das Problem der Fortpflanzung"
in: Münch. Med. Wschr. 95, 1953, S. 366
136. NOTTEBOHM, L.: "Über die Wahrscheinlichkeit der Konzeption innerhalb eines Zyklus bei vorhandenem Kinderwillen"
Inaug.-Diss. Göttingen 1948
137. NOWAKOWSKI, H.: "Zentrale Steuerung der Sexualfunktion" - Berlin 1955
138. NÜRNBERGER, L.: "Sterilität"
in: HALBAN - SEITZ: "Biologie und Pathologie des Weibes" - Berlin 1924, Bd. III, S. 689
139. O'CONOR, V.J.: "The Mechanical Aspects of Surgical Correction of Male Sterility"
in: Proceedings of the First World Congress on Fertility and Sterility, Vol. I, S. 480
140. PALMER, R.: "La Stérilité involontaire. Evaluation des Méthodes de Diagnostic et de Traitement" - Paris 1950

141. PALMER, R.: "La fonction tubaire et ses troubles" - Paris 1955
142. PALMER, R. - PALMER, E.: "Examen Post-Coital"
in: Proceedings of the First World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. I, S. 571
143. PERLOFF, W. H. u. a.: "The STEIN-LEVENTHAL Ovary"
in: Fertility and Sterility 9, 1958, S. 247
144. PERLOFF, W. H.: "A Simplified Technik for the Concentration
of Seminal Fluid"
in: Fertility and Sterility 11, 1960, S. 262
145. POMMERENKE, W. T.: "Iatrogenic Sterility"
in: Proceedings of the Second World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. II, S. 315
146. PORTNOY, L.: "Artificial Insemination"
in: Fertility and Sterility 7, 1956, S. 327
147. PORTNOY, L.: "Difficulties Encountered in Artificial Insemination"
in: Proceedings of the Second World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. II, S. 608
148. POTTER, R. G.: "Artificial Insemination by Donors"
in: Fertility and Sterility 9, 1958, S. 37
149. PSCHYREMBEL, W.: "Klinisches Wörterbuch" - Berlin 1959
150. RAUSCHER, H.: "Zur Bedeutung der Eizelle für das Ausbleiben
der Befruchtung"
in: Wien. Klin. Wschr. 66, 1954, S. 242
151. RAUSCHER, H.: "Die Ermittlung des Konzeptionsoptimums mit
Hilfe der Simultanuntersuchung von Zervix und
Smear in praxi"
in: FIKENTSCHER, R.: "Beiträge zur Fertilität und
Sterilität", Zweite Folge - Stuttgart 1960
152. REYNOLDS, S. R.: "Problems of Infertile Couples"
in: Proceedings of the First World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. I, S. 49

153. RIEPER, J.P.: "Über den Einfluß psychischer Faktoren auf den Hormonhaushalt unfruchtbarer Frauen"
in: Proceedings of the Second World Congress on Fertility and Sterility, Vol. I, S. 109
154. ROCKENSCHAUB, A.: "Untersuchungsgang bei Sterilität"
in: Wien. Klin. Wschr. 66, 1954, S. 852
155. ROMMER, J.J. - SOMMER, C.S.: "Sexual Tones in Marriage of the Sterile and Once-Sterile Female"
in: Fertility and Sterility 9, 1958, S. 309
156. ROZIN, S.: "Studies on Seminal Plasma: I. The Role of Seminal Plasma in Motility of Spermatozoa"
in: Fertility and Sterility 11, 1960, S. 278
157. RUBENSTEIN, B.: "A Tubal Factor in Functional Sterility of Women"
in: Proceedings of the First World Congress on Fertility and Sterility, Vol. II, S. 291
158. RUBIN, I.C.: "Therapeutic aspects of uterotubal insufflation in sterility"
in: Amer. J. Obstetr. 50, 1945, S. 621
159. RUBIN, I.C.: "The Value of Uterotubal Insufflation in the Treatment of Tubal Obstruction to Ovular Migration"
in: Proceedings of the First World Congress on Fertility and Sterility, Vol. II, S. 125
160. RUBIN, I.C.: "Diagnostic Value of Artificial Insemination with Husband's Semen - Comparative Evaluation of HUHNER-Test and the Ejaculate per se"
in: Proceedings of the Second World Congress on Fertility and Sterility, Vol. I, S. 1265
161. SCHELLEN, A.: "Artificial Insemination" - Amsterdam 1957
162. SCHIRREN, C.: "Fertilitätsstörungen des Mannes" - Stuttgart 1961
(Beiträge zur Sexualforschung, 22. Heft)
163. SCHULTZE, G.K.F.: "Die Aussichten der Sterilitätsbehandlung"
in: Dtsch. Med. Wschr. 1935, S. 941

164. SCHULTZE, G.K.F.: "Abort und Sterilität"
in: Zbl. f. Gynäk. 40, 1936
165. SCHULTZE, G.K.F.: "Die Beurteilung der männlichen Zeugungs-
fähigkeit"
in: Ztschr.f.Urol. 31, 1937, 6
166. SCHULTZE, G.K.F.: "Künstliche Befruchtung"
in: Zbl.f.Gynäk. 65, 1941, S. 988
167. SCHULTZE, G.K.F.: "Die Indikationsstellung zur künstlichen
Befruchtung"
in: Geburtsh. u. Frauenhk. 5, 1943, S. 463
168. SEEGAR, G.E. u.a.: "Amenorrhea"
in: Fertility and Sterility 10, 1959, S. 461
169. SIEGLER, A.M.: "The Incidence of Ovulation after Ectopic
Pregnancy as Determined by Endometrial Biopsy"
in: Proceedings of the First World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. I, S. 100
170. SLATERS u.a.: "Thyroid Function in Infertility and Habitual
Abortion"
in: Fertility and Sterility 11, 1960, S. 221
171. SOUTHAM, A.L.: "What to do with the "Normal" Infertile Couple?"
in: Fertility and Sterility 11, 1960, S. 543
172. STEADMAN, H.E.: "The Role of Hysterosalpingography in the
Diagnosis and Treatment of Organic Sterility and
Infertility"
in: Proceedings of the Second World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. I, S. 849
173. STEINBERG, W.: "The Treatment of the Cervical Factor in
Sterility"
in: Fertility and Sterility 9, 1958, S. 436
174. STEMMER, W.: "Effluvium seminis post Coitum"
in: Proceedings of the Second World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. I, S. 1257

175. STEVENSON, C.S.: "Cervical Mucus in Infertile Women"
in: Fertility and Sterility 9, 1958, S. 407
176. STIASNY, H.: "Unfruchtbarkeit beim Manne" - Stuttgart 1944
177. STOECKEL's Lehrbuch der Gynäkologie - Leipzig 1960
178. STONE, A.: "Fertility Problems in the World Today"
in: Proceedings of the First World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. I, S. 27
179. STRASSMANN, P.: "Geburt nach vaginaler Umpflanzung der Tube
zur Wiederherstellung des Cavum uteri"
in: Zbl.f.Gynäk. 61, 1937, S. 2894
180. TIETZE, C.: "A Family Planning Service in the West Indies"
in: Fertility and Sterility 10, 1959, S. 259
181. TIETZE, C.: "Probability of Pregnancy Resulting from a Single
Unprotected Coitus"
in: Fertility and Sterility 11, 1960, S. 485
182. TOPKINS, P.T.: "Analysis of Results with Donor Insemination"
in: Proceedings of the Second World Congress on
Fertility and Sterility, Vol. II, S. 616
183. UFER, J.: "Einfluß der "Künstlichen Schwangerschaft" auf den Zyklus"
in: Geburtsh. u. Frauenhk. 18, 1958, S. 644
184. VAN TONGEREN: "Der Wert des Sondierens bei der Behandlung der
weiblichen Sterilität"
in: Zbl.f.Gynäk. 61, 1937, S. 2588
185. VASTERLING, H.W.: "Praktische Spermatologie" - Stuttgart 1960
186. VERHASSELT, B.: "Zwei ausgetragene lebende Kinder durch Schnitt-
entbindung nach STRASSMANN'scher Operation"
in: Zbl.f.Gynäk. 78, 1956, S. 1385
187. VOLKMANN, H.: "Künstliche Befruchtung"
in: Med. Klinik 4, 1943

188. WAGNER, A.: "Über künstliche Scheidenbildung nach SCHUBERT"
in: Zbl.f.Gynäk. 51, 1927, S. 1300
189. WHITELOW, M.J.: "Statistical Evaluation of Female Fertility"
in: Fertility and Sterility 11, 1960, S. 428
190. WIRZ, P.: "Ärztliche Problematik der Insemination"
in: Arzt und Christ 1, 1955, S. 195
191. ZACHERL - MÜLLER-HARTBURG: "Steuerung der Fruchtbarkeit"
in: Arzt und Christ, Sonderband 1961, S. 138
192. ZANARTU, J. - HAMBLIN, E.C.: "Effect of Oligospermia in
Insemination and Fecundation in Fertile Women"
in: Fertility and Sterility 11, 1960, S. 248

NACHWORT

Zum Schluß dieser Arbeit möchte ich dem Direktor der II. Frauenklinik der Universität München, Herrn Prof. Dr. R. FIKENTSCHER, meinen herzlichen Dank sagen für die freundliche Überlassung des Themas. Besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. K. SEMM für die grundlegende Anregung zu der vorliegenden Arbeit sowie für die tatkräftige Unterstützung bei ihrer Durchführung und Gestaltung. Auch möchte ich Herrn Prof. Dr. R. EGENTER danken für die freundliche Beratung in den moraltheologischen Fragen sowie für die Erlaubnis zur Benutzung des moraltheologischen Seminars.

LEBENS LAUF

Name: Meinersmann, Werner
Geburtsdatum: 14. 7. 1934
Geburtsort: Warendorf/Westfalen
Familienstand: ledig
Heimatanschrift: 441 Warendorf, Breslauer Straße 16
Schulbildung: 1941 bis 1945: Volksschule Warendorf
1946 bis 1955: Gymnasium Laurentianum
zu Warendorf
16. 3. 1955: Reifeprüfung

Hochschulstudium: SS 1955 bis WS 1956/1957:
Katholische Theologie an der Westfälischen
Wilhelms-Universität zu Münster
(mit abschließendem Examen philosophicum)

SS 1957 bis WS 1957/1958:
Katholische Theologie an der Ludwig-
Maximilians-Universität zu München

SS 1958:
Katholische Theologie an der Universität
zu Münster

WS 1958/1959 bis WS 1960/1961:
Human-Medizin an der Universität Münster

SS 1959:
Naturwissenschaftliche Vorprüfung

20. 3. 1961:
Ärztliche Vorprüfung

SS 1961 bis WS 1963/1964:
Human-Medizin an der Universität München

Medizinisches Staatsexamen: 10. 6. 1964

Name des Vater:	Dr. Bernhard Meinersmann
Beruf des Vaters:	Oberstudienrat a.D.
Name der Mutter:	Luise Meinersmann, geb. Bremer
Anschrift der Eltern:	441 Warendorf, Breslauer Str. 16

